

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

SUR UN CAS DE PSYCHOSE LIÉE A UNE AFFECTION
AIGUE DE L'OREILLE MOYENNE.

Par M. JACOD,

Ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Indépendamment de l'état mental bien connu des sourds avec bruits subjectifs ou des vertigineux auriculaires (1), on a beaucoup étudié, dans le domaine des accidents psychiques liés aux affections de l'oreille, le mécanisme des hallucinations unilatérales de l'ouïe. On sait que ces dernières sont des interprétations fausses de bourdonnements chez des individus prédisposés ; à cet égard, les travaux de Mairet (2), Régis (3), Ball (4), Lannois (5), Ballet (6), Séglas (7), pour ne parler que des auteurs français, sont demeurés classiques.

(1) J. ROUZAUD, De l'état mental dans le vertige auriculaire (*Thèse de doctorat*, Lyon, déc. 1906).

(2) A. MAIRET, Des sensations auditives comme cause d'illusions (*Montpellier médical*, avril et mai 1876).

(3) E. RÉGIS, Des hallucinations unilatérales (*L'encéphale*, 1881, p. 43).

(4) B. BALL, Considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une otite moyenne avec perforation du tympan (*Acad. de méd.*, 21 fév. 1882, d'après *Bulletin*, 1882, p. 115; *L'encéphale*, 1882, p. 4).

(5) M. LANNOIS, Lésions de l'appareil auditif et troubles psychiques (*Revue mens. de laryngol.*, etc., 1887, n° 42).

(6) BALLET, Hallucinations auditives conscientes à la suite de troubles de l'ouïe (*Arch. gén. de méd.*, 1888, t. I, p. 257).

(7) SÉGLAS, Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe (*Rapport au VII^e Congrès des aliénistes*, Nancy, 1896); Les hallucinations unilatérales (*Annales médico-psychologiques*, mai à décembre 1906).

De même, on ne discute plus l'étiologie auriculaire des psychoses, engendrées le plus souvent par les hallucinations, qui apparaissent chez des malades porteurs d'affections de l'oreille externe ou d'otites moyennes chroniques sèches. Baillarger (1) en rapporta un cas dès 1846, et tous les aliénistes en ont observé de semblables.

Par contre, on connaît mal les psychoses aiguës, survenant au cours d'inflammations aiguës de l'oreille moyenne et disparaissant complètement avec la guérison de celles-ci.

Leur rareté explique ce fait. En cherchant les observations déjà publiées, à propos d'une malade de notre maître le Pr Lannois, nous n'en avons réuni que 23, parmi lesquelles certaines sont discutables.

Il nous semble d'autant plus intéressant de les grouper et de les mettre en relief que leur diagnostic, vis-à-vis des méningites curables actuellement mieux connues, peut être difficile, et que leur guérison a toujours été complète, parfois même après un internement considéré comme définitif dans un asile.

Voici l'observation inédite que M. le Pr Lannois a bien voulu nous laisser publier et qui a servi de point de départ à ce travail.

Confusion mentale aiguë hallucinatoire liée à une mastoïdite aiguë.

Femme 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels nerveux bien marqués. Bonne santé habituelle.

Au début de septembre 1908, elle se plaint de sensation anormale avec plénitude dans l'oreille gauche, sans douleurs, et voit un otologiste, qui trouve une otite subaiguë avec épanchement catarrhal, propose le paracentèse sans insister et formule un traitement médical.

Vers le 15 novembre, à la suite d'un état grippal, elle éprouve de vives souffrances dans la même oreille et constate, au bout de trois ou quatre jours, un écoulement de ce côté. Elle est soignée par son médecin, qui lui donne le traitement classique.

Pendant un mois, rien d'anormal. Vers le 15 décembre, il se

(1) J. BAILLARGER, Des hallucinations, des causes qui les produisent, etc. (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, 1846, t. XII, p. 272; obs. p. 302).

produit quelques symptômes mastoïdiens : fièvre, douleurs rétro-auriculaires. Le 22, comme cet état persiste et tend même à s'aggraver, consultation avec un confrère de la région. La malade a de la température, souffre de la tête, mais ne présente pas d'empâtement marqué du côté de la mastoïde et, en tout cas, aucun signe cérébral ; l'écoulement se fait mal ; on décide de tenir la malade en observation.

Le 25 au soir, celle-ci présente brusquement des symptômes délirants avec fièvre élevée, hallucinations et visions étranges, le tout donnant le tableau d'une confusion mentale aiguë hallucinatoire. Le lendemain, le médecin constate que l'agitation a disparu et a fait place à un état demi-comateux avec *aphasie et paralysie du côté droit* ; la fièvre persiste.

Le lendemain, 27, au soir (Dr Lannois), la malade ne présente plus d'*aphasie ni de paralysie* ; elle n'est plus agitée. Elle paraît surtout indifférente à tout ce qui l'entoure, envers les siens qu'elle ne semble plus aimer, envers elle-même : elle répète qu'il est inutile de l'examiner, qu'on se dérange beaucoup autour d'elle, alors qu'elle n'a qu'à mourir tranquillement, qu'elle est même déjà morte, et que c'est une folie de vouloir l'opérer puisqu'elle n'a rien d'opérable. L'écoulement par l'oreille se fait avec difficulté ; il existe de la fièvre, de la céphalée et un empâtement diffus, bien que peu marqué, de la région mastoïdienne.

Le 28, trépanation mastoïdienne. Pas d'infiltration des parties molles ni du périoste ; on trouve un antre plein de pus et situé très profondément et très haut contre la gouttière du sinus latéral.

Les suites opératoires ont été très simples du côté de l'oreille et de la mastoïde. Quant aux troubles psychiques de confusion avec indifférence, ils ont duré encore jusqu'au premier pansement : la malade disait qu'elle n'avait pas été endormie, qu'on avait fait un simulacre d'opération et qu'on lui avait par jeu enveloppé la tête d'un pansement. Elle fait l'impression d'être dans un état de rêve et de se voir elle-même par une sorte de dédoublement. Le jour même du premier pansement, elle s'est rendu compte de sa maladie d'oreille, a montré de l'affection pour les siens, a retrouvé son activité et son amabilité habituelles, tout en conservant de l'amnésie pour ce qui lui était survenu pendant la période des troubles mentaux.

La convalescence s'est effectuée normalement.

Elle a été revue quatre mois après. On constate à ce moment une perforation tympanale dans le quadrant postéro-inférieur, et

un peu d'écoulement survenu depuis deux jours, après un coryza. Les phénomènes psychiques n'ont pas apparu à nouveau depuis l'opération. Traitement médical.

Revue encore en septembre dernier, parce qu'elle avait présenté, à la fin de juillet, une sorte de congestion avec douleurs de tête, difficulté pour regarder la lumière pour lire, et qu'elle avait sent quelques battements dans l'oreille. A ce moment rien d'anormal à l'examen. Pas d'albumine dans les urines. La confusion mentale ne paraît pas avoir laissé de reliquats.

* *

Le premier auteur qui publia une psychose liée à une inflammation aiguë de l'oreille moyenne fut Gellé, dès 1875 (1).

Peu à peu les observations se multiplient, une à une, avec des considérations qui témoignent de la curiosité que ces troubles psychiques inspiraient. En France, ce fut Bouchut (2), puis Mairet (3), Boucheron (4), Vacher (5), Stanculeanu et Baup (6), Toubert (7). En Allemagne, Schüle (8) et Urbanitschitsch (9) en rapportent chacun un cas dans leurs traités;

(1) GELLÉ, De l'oreille. Suites d'études d'otologie, Paris, 1880, p. 24. — Otite suppurée dans la pneumonie avec délire *ab aure tesa* (*Tribune médicale*, 21 mars, 1875).

(2) BOUCHUT, Du délire et de la folie produits par les maladies de l'oreille interne (*Gaz. des hôp.*, 30 oct. 1877). — De l'otite et du sulfate de quinine dans les névroses mentales et convulsives de l'enfance par lésion de l'oreille (*Gaz. des hôp.*, 19 nov. 1878).

(3) A. MAIRET, Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante une fièvre saisonnière (*Arch. neurol.*, 11 mars 1886).

(4) BOUCHERON, Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopiéiques de l'oreille (*C. R. de l'Acad. des sciences*, 14 nov. 1887, p. 759).

(5) L. VACHER, Note sur un cas d'otite moyenne double avec accidents cérébraux (*Revue de laryngol., d'otol., etc.*; 15 juin 1895; *Communication à la Soc. franç. d'otol.*, etc., mai 1895).

(6) STANCULEANU et BAUP, Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses (*Progrès médical*, 23 sept. 1899).

(7) J. TOUBERT, Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections concomitantes (*Ann. des mal. de l'or.*, mai 1904).

(8) SCHÜLE, Handbuch der Geisteskrankheiten, Leipzig, 1878, p. 296.

(9) V. URBANTSCHITSCH, Traité des mal. de l'oreille (traduction de R. Calmettes, Paris, 1881, p. 447).

Fürstner (1), Biehl (2), en donnent plus tard des observations isolées. En Angleterre, Rhyss Williams (3) et Catlett (4), en Amérique, en publient tous deux un cas dès 1877. Enfin les autres auteurs qui ont observé de semblables malades sont Schiffers (5) en Belgique, Schmiegelow (6) en Danemark, Cozzolino (7) et Pettazzi (8) en Italie.

Nous ne connaissons aucune monographie complète ayant trait aux psychoses dans les affections aiguës de l'oreille moyenne. Toutes en rapportent un nombre plus ou moins grand sans les dégager des troubles mentaux et surtout des hallucinations qu'on rencontre dans les otites chroniques avec lésions sclérosantes. Il faut signaler ainsi la thèse d'agrégation d'Albert Robin (9), qui donne deux observations nouvelles; les thèses de P. Robin (10), de Clair (11), le traité de Gilbert

(1) FÜNSTNER, Ueber psychische Störungen bei Gehörkrankheiten (*Berliner klin. Wochenschr.*, 30 avril 1893; Communication au XV^e Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, session de Karlsruhe, 21 et 22 oct. 1882).

(2) BIEHL, Melancolische Wahnsinne als Folge eines otitischen Extra-duralabcesses (VII^e réunion de la Soc. allem. d'otol. à Würzburg, les 27 et 28 mai 1898, d'après *Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. XLV, 1898, p. 128).

(3) W. RHYSS WILLIAMS, Insanity associated with an abscess connected with the ear. Cured by opening the abscess (*The Lancet*, 28 avril 1877).

(4) G. CATLETT, The frequent association of disease of the ear with insanity (*American Journal of insanity*, July, 1877, vol. XXXIV, p. 92).

(5) SCHIFFERS, Troubles psychiques en rapport avec les maladies de l'oreille (*Ann. de la Soc. médico-chirurgicale de Liège*, janv. 1884, t. XXIII, p. 37).

(6) SCHMIEGELOW, De l'aliénation, des mouvements forcés et autres névroses réflexes occasionnées par les maladies de l'oreille moyenne (*Revue mens. de laryngol. et d'otol.*, t. VII, 1^{er} août 1887).

(7) COZZOLINO, Contributo à la clinique des folies sensitivas acoustiques (*C. R. du IV^e Congrès internat. d'otol. à Bruxelles*, séance du 11 sept. 1888, p. 137).

(8) A. PETTAZZI, Contributo allo studio delle allucinazioni acutiche in rapporto alle alterazioni dell'apparato uditivo periferico (*Archivio Ital. di otol.*, t. X, 1900, p. 385).

(9) A. ROBIN, Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif (*Thèse d'agrégation*, 1883, 2, n° 14).

(10) P. ROBIN, Essai sur les tr. psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille (*Thèse de doctorat*, Lyon, 24 mai 1884).

(11) CLAIR, Étude sur les lésions de l'oreille chez les aliénés (*Thèse de doctorat*, Lyon, 1891).

Ballet (1), et surtout la thèse importante de Jacques (2), les articles de Toubert (3), de Sohier-Bryant (4). Ajoutons que cet article a servi de point de départ à la thèse récente de Richard (5) sur le même sujet (6).

Les symptômes qu'offrent de tels malades sont très divers et liés aux psychoses en évolution. Il est donc inutile de les décrire. Nous nous contenterons de montrer la multiplicité des formes cliniques qu'on a observées, en les groupant suivant la terminologie classique.

Les *psychoses généralisées* sont de beaucoup les plus nombreuses, ainsi qu'on peut le soupçonner, puisqu'il s'agit d'affections otitiques aiguës touchant l'état général. Nous en avons réuni 20 cas, y compris celui de M. Lannois.

La *confusion mentale aiguë*, qui est le prototype des psychoses toxi-infectieuses, en est la plus fréquente, avec 9 malades. On a relaté surtout des confusion à *forme hallucinatoire*, probablement à cause de l'étiologie auriculaire de la psychose ; toutefois ici les hallucinations auditives ne précèdent pas toujours le délire, remarque importante pour la pathogénie de ce dernier (7 cas : de Lannois, Gellé, Bouchut, Rhyss-Williams, Catlett, Mairet, Toubert).

Dans une seule observation, on est en présence d'une *confusion aiguë avec stupidité* : le malade, en état comateux, se salit, paraît étranger à tout ce qui l'entoure, ne boit que si on lui présente un verre et garde l'attitude pseudo-cataleptoïde (cas de Stanculeanu). Enfin l'observation de Brown-Séquard a trait à une *confusion aiguë avec phénomènes asthéniques* et

(1) D. ANGLADE, art. Étiologie générale dans *Traité de pathologie mentale*, sous la direction de G. BALLET, Paris, 1903, p. 50.

(2) L. JACQUES, Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille et des annexes (*Thèse de doctorat*, Bordeaux, fév. 1905).

(3) J. TOUBERT, *loc. cit.*

(4) W. SOHIER-BRYANT, De la grande importance psychique des affections d'oreilles (*Arch. internat. de laryngol.*, etc., t. XXIII, janv.-fév. 1907).

(5) RICHARD, Des psychoses liées aux affections aiguës de l'or. moy. (*Thèse de doctorat*, Lyon, 1909-1910).

(6) Nous n'avons pu nous procurer le rapport de Bjoljakow au Congrès des médecins russes, à Moscou, janvier 1910, traitant de l'influence des maladies de l'oreille sur le développement et la marche des maladies mentales.

parétiques; le tout ressemblait à une paralysie générale à forme démentielle simple, au point que le malade était considéré comme un paralytique général (1). On sait d'ailleurs combien ce diagnostic peut réclamer une grande attention, ainsi que Séglas l'a montré dans ses leçons cliniques.

La *manie aiguë* est également représentée sous ses diverses formes par 5 malades, depuis l'excitation maniaque (obs. de Schüle) jusqu'à la manie vraie (obs. Urbantschitsch, Bouchut, L. Vacher, Sohier-Bryant).

On a relaté 6 fois la *mélancolie aiguë*. Parmi ces malades, la plupart ont présenté des phénomènes d'agitation; un seul, celui de Fürstner, offre le tableau de la mélancolie avec stupeur. Toutefois nous n'avons pas divisé les observations des mélancoliques que nous publions suivant la forme clinique. Pour expliquer leur pathogénie, nous les avons séparées suivant que la mélancolie est survenue après des hallucinations unilatérales de l'ouïe (obs. Fürstner, Boucheron, Pettazzi) ou sans elles (Schiffers, Schmiegelow, Biehl).

Les *psychoSES systématisées* n'ont à leur actif que 2 observations contre les 21 précédentes. Ces 2 cas se ressemblent: ils ont abouti tous deux au *délire de persécution* après une période de troubles intellectuels purs greffés sur des hallucinations auditives (obs. de Cozzolino et Toubert).

Enfin, dans 2 cas, les auteurs qui les rapportent ne donnent pas de détails suffisants sur le tableau clinique pour qu'on puisse les classer: ce sont ceux de Doutrebente, relaté dans la thèse d'A. Robin, et de Sohier-Bryant.

L'*ÉTIOLOGIE* des psychoSES liées aux affections aiguës de l'oreille moyenne ne peut nous fournir que des renseignements de statistique.

Nous n'établirons le pourcentage ni du sexe, ni de l'âge. Nous ferons remarquer que l'enfance est représentée par 3 malades seulement, de 5 à 10 ans, et que, chez ces

(1) Nous aurions voulu ajouter à l'observation de Brown-Séquard celle de Hirtz, signalée à la bibliographie de la Thèse d'A. Robin, sous une indication inexacte, car nous n'avons pu la retrouver. — HIRTZ, Paralysie générale à rémission causée par une otorrhée purulente (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1881).

derniers l'agitation et les phénomènes généraux ont été très accusés (accès maniaques).

Il est intéressant de consigner l'état antérieur de l'oreille et la forme clinique de la phlegmasie aiguë. On se trouve en présence soit d'otites aiguës primitives, soit de poussées inflammatoires nouvelles dans le cours d'une otorrhée chronique. Les premières ont été *simples* (Boucheron, Vacher), *exsudative* (Cozzolino), *purulentes* (Gellé, Catlett, Stanculeanu, Biehl, Pettazzi, Sohier-Bryant). Les réchauffements des otites anciennes se sont traduits de diverses façons : tantôt l'écoulement a diminué (Urbantschitsch, Schiffrers, Sohier-Bryant, Schmiegelow) au début de la psychose, et celle-ci a guéri avec le retour de l'otorrhée ; tantôt les troubles psychiques ont cessé tout d'un coup en même temps qu'apparaissait un écoulement douloureux d'oreille, et on apprenait par le malade ou l'auriste l'existence d'une otorrhée chronique (Bouchut, Shüle, Fürstner) ; tantôt enfin ce fut une mastoïdite qui révéla le réchauffement d'une otite à laquelle ni le malade ni le médecin n'avaient pris garde (Rhyss-Williams, 2 cas de Toubert).

L'apparition soudaine de ces psychoses et leur guérison curieuse ont suscité les PATHOGÉNIES les plus diverses.

Les premiers auteurs les prirent tout d'abord pour des troubles réflexes, semblables aux convulsions que provoquent les corps étrangers. Urbantschitsch classe ainsi l'observation relatée dans son traité. Pour Kœppé également, le point de départ est l'irritation du plexus nerveux de la caisse, et le trijumeau joue le principal rôle dans l'évolution des psychoses.

On peut rattacher à cette façon de voir les idées de Gellé, d'A. Robin et de la plupart des observateurs à leur suite. Pour eux, la cause importante est l'excitation des terminaisons nerveuses acoustiques résultant de la compression du labyrinthe par les liquides de la caisse. Il existerait un délire *ab aure tæsa*, comme on observe dans certaines conditions un vertige auriculaire. Mais toutes ces excitations, même intenses, de la caisse ou de l'oreille interne, sans lésions, ne peuvent expliquer les phénomènes généraux et fébriles qu'ont présentés

nos malades. On ne peut donc que rejeter cette pathogénie.

Pour échapper à ces critiques, certains otologistes ont invoqué l'existence de lésions véritables. Bouchut, dès 1878, mit les troubles psychiques qu'il observa sur le compte d'une labyrinthe aiguë : il pensait que cette dernière pouvait aussi bien éprouver l'intelligence que l'équilibration. Cette conception n'est plus soutenable aujourd'hui, depuis qu'on connaît mieux les symptômes des phlegmasies du labyrinthe. Mais elle est intéressante parce que l'infection de la caisse agit peut-être mieux sur le cortex cérébral après s'être diffusée dans l'oreille interne, de même que la méningite est plus redoutable quand l'otite purulente a gagné le labyrinthe.

Enfin on ne peut pas non plus admettre l'existence de lésions intracraniennes macroscopiques, telles que méningite purulente, pachyméningite ou abcès cérébraux. Si le diagnostic entre ces complications et les troubles mentaux est parfois difficile à établir, il n'en est pas moins sûr que la guérison rapide et absolue du malade, consécutive à la guérison de l'otite, doit ôter de l'esprit l'idée d'une lésion grave comme facteur de la psychose.

Il nous semble que, jusqu'à présent, les auteurs n'ont pas suffisamment insisté sur le rôle de l'infection générale au cours des psychoses qu'ils rapportent. Chez presque tous les malades, nous voyons d'importants phénomènes généraux accompagner l'otopathie. Pour les phlegmasies aiguës primitives, cela n'a rien de surprenant; mais, pour les otites chroniques, ils permettent de donner toute sa valeur à la diminution concomitante ou à la cessation d'un écoulement antérieur. La rétention purulente joue en effet un grand rôle dans l'évolution des psychoses qui nous intéressent, qu'elle se produise au cours d'une otite aiguë ou d'une otorrhée chronique; nous avons déjà signalé ce fait pour l'étiologie.

Ces produits septiques en rétention vont agir sur le cortex cérébral et provoquer dans les cellules nerveuses des troubles histologiques plus ou moins profonds et durables; les toxines microbiennes auront probablement une action d'autant plus facile et plus forte que le malade se trouvera prédisposé aux

accidents névropathiques ou psychopathiques. Ce dernier point est difficile à établir : certains patients avaient des antécédents très chargés, surtout ceux qui ont évolué vers la mélancolie ; pour d'autres, au contraire, les observations ont été muettes à cet égard.

Quant au mécanisme intime de cette intoxication cérébrale, nous n'avons aucune donnée précise. Les agents infectieux passent-ils par le sang, comme on peut le voir dans les septicémies d'origine otique avec arthrites à distance (cas récents de Rouvillois), agissent-ils au contraire plus directement par la voie lymphatique ou suivant les trajets nerveux ? Nous ne pouvons le savoir.

Faut-il enfin incriminer la position anatomique de l'antrum ? Dans l'observation de M. Lannois, ce dernier fut difficile à trouver : il était situé très haut et très profondément. Pour les autres, on ne signale rien de précis à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, on peut comparer le malade porteur d'une affection aiguë de la caisse au typhique, au pneumonique qui font de la confusion mentale aiguë. Il est semblable aussi à celui qui présente, sous l'influence d'une intoxication intestinale par exemple, une manie ou une mélancolie aiguës. De fait, la psychopathie généralisée, qui est la plus fréquente dans nos observations, est la confusion mentale sous ses diverses formes, c'est-à-dire la psychose infectieuse par excellence.

A côté de ce principal facteur pathogénique, il faut signaler dans certains cas le rôle accessoire qu'ont joué les hallucinations de l'ouïe. Quelques-uns des mélancoliques et les deux persécutés-persécuteurs ont fait leurs accidents psychiques à la suite de fausses perceptions auditives. Plusieurs observations enseignent clairement la succession des faits. Dans le cas de Pettazzi, par exemple, les bruits d'oreille perçus au début de l'otite aiguë deviennent musicaux, puis ressemblent à la voix des enfants du malade. Ce dernier se rend tout d'abord compte que ceux-là ne peuvent être près de lui ; ses voisins lui font comprendre que son oreille est la cause de ses erreurs. Comme les mêmes voix lui annoncent le lendemain la mort de sa femme, il se

lamente, s'agit, en dépit des paroles rassurantes qui n'ont plus aucun effet; il faut pour le calmer que le médecin lui-même lui affirme le soir avoir vu sa femme en bonne santé. Malgré cela, les idées mélancoliques et l'agitation reviennent avec les hallucinations et résistent dès lors à tout argument. La fausse perception verbale a joué ainsi un grand rôle dans l'évolution de la psychose. Dans trois des observations de mélancolie aiguë où on l'a relatée, l'hallucination est venue renforcer ou diriger l'action de l'infection générale. Dans les 2 cas de psychoses systématisées, ayant abouti au délire de persécution, son importance est encore plus grande, puisque les phénomènes généraux ont été presque totalement absents.

La pathogénie infectieuse des psychoses liées aux affections aiguës de l'oreille moyenne permet de les séparer nettement des troubles mentaux divers qu'on observe à la suite de bouchons cérumineux, d'otites chroniques sclérosantes ou d'otites chroniques suppurées sans rétention et avec lésions anciennes cicatricielles : l'action de toutes ces affections est purement locale. Nous avons tenu à faire cette distinction, essentielle à notre avis, et à éliminer ainsi de notre étude les observations de Koeppé⁽¹⁾, Ménière⁽²⁾, Régis⁽³⁾, M. Buch⁽⁴⁾, pour citer les plus connues parmi celles qui relatent des psychopathies au cours d'otorrhées chroniques.

Chez les malades qui nous intéressent, le DIAGNOSTIC fut aux prises avec deux sortes de difficultés très différentes : tantôt l'affection auriculaire était connue, traitée, et il fallait préciser la nature des troubles nouveaux ; tantôt les phénomènes délirants avaient nécessité un isolement, parfois un internement, et la lésion de la caisse devait être mise en évidence pour y rapporter la psychose.

(1) KOEPPÉ, Reflexpsychosen nach Ohrenkrankheiten (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd. IX, H. 4, 8 mars 1875).

(2) E. MENIÈRE, Observation de délire consécutif à une otorrhée purulente chronique (*Gaz. des hôp.*, 24 fév. 1878).

(3) E. RÉGIS, Des hallucinations unilatérales (*L'encéphale*, 1881, p. 43).

(4) MAX BUCH, Ein Fall von acuter primärer Verrücktheit (*Archiv. f. Psychiatr.*, 1881, Bd. XI, p. 465).

Le premier diagnostic intéresse au plus haut point le médecin traitant. Est-on en présence de troubles fonctionnels, partant guérissables, ou d'une complication grave intracranienne. Lorsqu'il s'agit de psychoses systématisées avec délire de persécution, évoluant à la suite d'hallucinations auditives et sans fièvre ni phénomènes généraux, la question ne se pose pas. Au contraire, dans les psychopathies généralisées, d'allure infectieuse, le diagnostic est délicat.

Il le fut dans certains cas chez l'adulte vis-à-vis de l'*abcès cérébral*, en face d'une confusion mentale avec délire onirique, torpeur et symptômes parétiques. La malade de M. Lannois est particulièrement intéressante à cet égard : après une courte période d'agitation, elle présenta, en même temps que des signes de mastoïdite, des phénomènes comateux avec aphasic et paralysie du côté droit ; ces derniers ne durèrent que vingt-quatre heures et firent place à un état de confusion mentale caractérisée. Il semble que, dans ces conditions, seul, le peu de durée des symptômes puisse éliminer le diagnostic d'*abcès*. Encore faut-il se souvenir qu'on peut voir et qu'on a rapporté des cas d'*abcès cérébraux* d'origine otique, ne donnant comme signes au début que des phénomènes délirants. En pratique, les troubles intellectuels survenant dans le cours d'une otite doivent toujours éveiller l'attention du médecin, même quand ils ont l'aspect d'accidents purement fonctionnels. Pour affirmer le diagnostic, on doit pratiquer d'urgence la ponction lombaire, qui seule peut montrer une réaction méningée et déceler ainsi un foyer purulent localisé à l'intérieur du crâne. Tout en avertissant la famille qu'il existe des psychoses à évolution bénigne, il faudra, dans tous les cas, trépaner la mastoïde et même la caisse s'il y a lieu.

Il le sera surtout avec la *méningite otogène*. Nous ne parlons pas évidemment des méningites purulentes microbienues généralisées, chez lesquels les troubles mentaux sont tardifs, moins caractérisés que dans la manie ou la mélancolie vraie, et passent au second plan en face des autres symptômes. Mais, chez les enfants particulièrement, qui, dès le début, ont des réactions très vives, l'examen devient embarrassant ; l'idée

de méningite s'impose la première à l'esprit des parents et du médecin.

Cette question est d'autant plus complexe que ce chapitre de pathologie a été complètement ramanié. A côté des méningites purulentes microbiennes, on connaît les méningites séreuses microbiennes et les méningites aseptiques séreuses ou puriformes. La guérison et la curabilité des méningites otogènes est chose acquise : il suffit de lire les observations réunies dans la thèse de Gautier (1) et dans le dernier rapport de Lermoyez (2). D'autre part, et ceci est important pour notre sujet, la ponction de Quincke a montré que certains malades avaient été des méningitiques, malgré le peu de symptômes qu'ils avaient présentés et malgré la rapidité de leur guérison. On fait rentrer de plus en plus dans le cadre de la méningite séreuse aseptique ou méningo-encéphalite séreuse périotique, le syndrome suivant que l'on observe si souvent en clinique infantile (3) : « Un enfant présente brusquement des phénomènes méningés alarmants ; cela dure un ou deux jours ; puis spontanément ou grâce à la paracentèse opportune, les oreilles se mettent à couler, et le syndrome cérébral s'évanouit en quelques heures. »

Comment reconnaître dès lors qu'on est en présence d'une méningite aiguë à son début, d'une méningite séreuse en particulier, ou de troubles psychiques purs ? Les observations de délire *ab aure læsa* qu'ont rapportées Bouchut et surtout Gellé ressemblent absolument au tableau clinique précédent.

La ponction lombaire peut seule nous donner la clef du diagnostic. Il est nécessaire de la pratiquer, d'autant plus qu'elle constitue le meilleur traitement dans les deux alternatives. Dans les cas les plus bénins de méningite séreuse aseptique, on trouvera les caractères suivants, que Sicard a mis en évidence : on verra se former un mince voile

(1) P. GAUTHIER, Guérison et curabilité des méningites aigües (*Thèse de doctorat*, Lyon, juillet 1908).

(2) M. LERMOYEZ, Le diagnostic de la méningite otogène (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1909).

(3) M. LERMOYEZ, *loc. cit.*, p. 505.

fibrineux, sorte de toile d'araignée, après quinze à dix-huit heures de repos du liquide conservé aseptiquement; enfin on recherchera le sucre, car la diminution ou l'absence de la glucose indiquent qu'il n'y a pas intégrité des méninges.

Toutefois il nous semble plus simple d'envisager la question au point de vue clinique. D'abord, si nous n'avions tenu comme seules véridiques les observations ayant subi le contrôle de la ponction lombaire, nous n'en aurions pu garder aucune, puisque l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a jamais été pratiqué dans les cas que nous rapportons. Cliniquement, il n'en reste pas moins vrai qu'on a observé des psychoses aiguës diverses liées à des affections aiguës de l'oreille et guérissant avec elles. Que ces psychoses soient le fait d'une méningite sérieuse bénigne, c'est possible, et nous ne pouvons le discuter jusqu'à présent. Mais nous devons garder au point de vue clinique les psychoses auriculaires et les séparer, en pratique, non pas de la méningite sérieuse aseptique sans phénomènes méningés importants, mais du syndrome clinique habituel de la méningite aiguë.

Cela n'enlève d'ailleurs rien à la valeur de la ponction lombaire, qui seule peut nous éclairer. Il faut la pratiquer d'urgence, pour nous renseigner sur l'état des méninges. Dans les cas douteux, il vaut mieux porter le diagnostic grave et savoir faire attendre le résultat de l'intervention.

Reste le deuxième groupe de malade, celui où on a dû diagnostiquer la cause auriculaire de troubles psychiques évidents. Le diagnostic a presque toujours été porté par le médecin d'asile d'où le patient avait été isolé. Mais parfois le hasard seul donna la clef du problème : la psychose guérissait tout d'un coup, soit avec le retour d'une otorrhée dont le malade révélait alors la chronicité et l'arrêt au début de sa maladie (obs. Fürstner), soit avec l'apparition d'une mastoïdite dont le traitement amenait la guérison des symptômes délirants (2 observations de Toubert, observation de Rhyss Williams, Brown-Séquard). Dans ce dernier cas, le malade était même considéré comme un paralytique général, et il est probable qu'on avait porté à son égard un pronostic définitif.

Cela nous amène à soulever une question intéressante en

pratique et dont l'importance dépasse notre étude. Tout malade, avant d'être interné définitivement dans un asile, devrait être surveillé pour voir si sa folie n'est pas symptomatique d'une affection viscérale ou d'une infection. Il importe aussi, *dans les vésanies fébriles dont la cause n'est pas reconnue et dans celles où le malade a des hallucinations auditives, de pratiquer systématiquement l'examen otologique.* Les observations que nous rapportons plus loin sont bien faites pour convaincre de la nécessité de cette inspection.

Toutes les psychoses liées à une affection aiguë de l'oreille moyenne furent aiguës et guérirent. C'est même, croyons-nous, dans ce pronostic favorable que réside l'intérêt de ces troubles. Quant à leur durée, diverse suivant la variété de psychopathie présentée et surtout suivant l'instauration du traitement auriculaire, elle a été de quelques jours à quelques mois, six à sept au maximum.

Il serait intéressant de savoir quelle influence acquiert pour l'avenir intellectuel du malade l'existence de ces psychoses. Les observations montrent que la guérison persistait plusieurs mois après la fin des accidents, mais nul auteur ne donne des renseignements éloignés. La question des reliquats demeure ainsi à l'étude.

Quant au TRAITEMENT, il s'adresse à la fois à l'oreille et aux phénomènes psychiques.

Pour l'oreille, on se souviendra, en présence d'une otite aiguë, que le facteur essentiel de l'intoxication est la rétention purulente. La fièvre, l'insomnie, la douleur sont les signes révélateurs de cette dernière et nécessitent une paracentèse d'urgence aussi large que possible. L'otorrhée viendra le plus souvent calmer la psychose.

Si, malgré une perforation tympanale assez large, les accidents intellectuels persistent, ou si la vésanie apparaît en même temps que diminue ou cesse l'écoulement antérieur ; si, d'autre part, il s'agit d'une poussée aiguë de réchauffement dans une otite franchement chronique, la paracentèse n'est n'est pas suffisante. Il faudra trépaner la mastoïde, la caisse même, pour être sûr que le foyer purulent ne reste pas en vase clos. L'évidement mastoïdien ou pétro-mastoïdien sera

d'ailleurs le premier temps d'une intervention plus sérieuse, dans le cas où les phénomènes délirants cacherait des accidents cérébraux.

Enfin la ponction lombaire qui doit servir à établir le diagnostic agit aussi comme moyen thérapeutique. Elle diminuera la pression céphalo-rachidienne, et peut-être éliminera-t-elle, comme une saignée, une partie des toxines imprégnant les cellules corticales.

Contre les troubles vésaniques, la thérapeutique sera la même que dans les autres psychoses infectieuses. L'isolement avec surveillance, le repos absolu au lit constitueront le fond du traitement. Certains auteurs ont préconisé divers médicaments : en plus du chloral et du bromure, Bouchut a vanté le sulfate de quinine, auquel il attribue la guérison de son malade.

Le meilleur serait évidemment d'empêcher l'apparition des accidents psychiques en soignant les otorrhées dès leur début. Cette prophylaxie n'aura de valeur que du jour où les malades négligeront moins une suppuration d'oreille. Tout au moins faut-il souhaiter que le médecin pratique rigoureusement l'examen de la caisse avant de décider l'internement d'un vésanique.

* * *

Voici les observations résumées (1) que nous avons pu réunir.

A. — Observation de confusion mentale aiguë.

OBSERVATION I (GELLÉ). — Garçon de 5 ans, prend une pneumonie franche du sommet droit. A partir du troisième jour, alors que les symptômes pulmonaires et la fièvre diminuent, apparaît de l'agitation, qui augmente le quatrième et le cinquième jour. A ce moment, *la fièvre est redevenue intense*; l'enfant a de la céphalée, et présente, surtout la nuit, des crises d'agitation et de pleurs; sa face rougit, il s'agit, crie, et sa figure exprime la souffrance; il

(1) Toutes ces observations, sauf celles de Mairet et Sohier-Bryant, sont relatées *in extenso* dans la Thèse de Richard, que nous avons signalée à la Bibliographie.

cherche à sortir de son lit, comme poussé par une frayeur. Il paraît s'assoupir quelques instants, puis le paroxysme se répète. Le petit malade se cramponne à sa mère, comme s'il avait peur de tomber et comme s'il était pris de vertige. Il pousse des plaintes, tantôt exprimant la crainte, tantôt la douleur.

Le sixième jour les symptômes pulmonaires ont disparu, mais le délire persiste jusqu'au matin du dixième jour, où apparaît un écoulement purulent abondant par l'oreille droite. A la suite de cela, il n'a plus ni crises ni douleurs; il cause et reconnaît son monde.

Néanmoins le redoublement fébrile nocturne persiste encore un peu jusqu'à l'apparition, le dix-huitième jour, d'un écoulement à gauche.

Dès lors convalescence rapide et franche.

OBSERVATION II (BOUCHUT). — Enfant de 6 ans, s'étant toujours bien porté, sans antécédents nerveux, est pris cinq ou six fois d'accès de folie; perte complète de la mémoire, délire aigu, frappant, battant ses parents qu'il ne reconnaissait plus, criant, battant et brisant des meubles dans l'appartement, s'adressant aux muraillies qu'il prenait pour des êtres vivants. L'accès était sans fièvre appréciable, durait quelques heures; l'accès fini, l'enfant redevenait calme et récupérait toute sa connaissance. Cette folie paraissait être survenue au moment de la suppression, à la suite d'un froid, d'une *otorrhée datant de trois mois*. Pas d'autres symptômes, sauf douleur dans toute la région du cou. Acuité auditive paraît augmentée.

Traitements : matin et soir, injection de 2 milligrammes de morphine; vésicatoire sur l'apophyse mastoïde; injections émollientes; trois jours après le traitement, calme complet et rétablissement de l'écoulement, qu'on fait cesser peu à peu. L'enfant a été revu dans le mois suivant, bien portant.

OBSERVATION III (W. RHYSS WILLIAMS). — Homme de 36 ans, marié, laborieux et sobre, avait toujours joui d'une bonne santé. Trente jours avant son admission à l'hôpital, il était devenu morose, abattu, et son langage était incohérent. Il s'imaginait à chaque instant qu'il était occupé à faire partir des fusées d'artifice au château d'Édimbourg. Toute la journée il tempêtait et blasphémait, disant qu'il *voyait des diables* et que tous ses actes étaient influencés par un pouvoir électrique. Toutes les nuits, il était agité, bruyant et privé de sommeil.

C'est dans cet état qu'il rentra à l'hôpital. Au bout de quelques jours, il était plus calme, mais demeurait silencieux, refusant de répondre à aucune question. Au bout de quinze jours, il devint de nouveau excité, gesticulant et s'adressant à lui-même des paroles incohérentes. La santé générale était bonne, mais il était pâle et maigre. Ceci se passait en février 1876. En novembre, on constata un écoulement purulent abondant par l'oreille gauche. D'après le malade, cet écoulement remontait à plusieurs mois : l'ouïe ne paraissait pas atteinte. Peu à peu un empâtement diffus se déclara au niveau de l'apophyse mastoïde ; il envahit bientôt la portion éailleuse du temporal. Lorsqu'on pressait sur cette dernière région, l'écoulement devenait plus abondant. Le gonflement augmenta de plus en plus pendant un mois ; mais le malade était tellement violent et irascible qu'il était impossible de l'examiner sérieusement.

Le 13 décembre, l'abcès fut ouvert et la raison revint aussitôt. L'écoulement par l'oreille disparut complètement, quinze jours plus tard on agrandit l'incision. La première opération avait été faite à la partie la plus déclive ; la deuxième avait pour but de remédier à la tendance qu'avait la plaie à se refermer. L'exploration ne révéla aucune dénudation osseuse. Il n'y eut pas de surdité consécutive.

OBSERVATION IV (CATTLET). — Femme, 43 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Est entrée à l'asile parce qu'elle a présenté depuis quelques semaines (en même temps qu'un catarrhe très violent du nez et de l'oreille, qui ont précédé le délire et dont elle souffre), tantôt un délire violent, tantôt de l'excitation avec, comme symptômes prédominants, des hallucinations de l'ouïe qui la prévoyaient de fuir un danger dont elle était menacée.

Sa guérison a marché de pair avec celle de l'affection nasale et auriculaire.

OBSERVATION V (MAIRET). — *B...*, célibataire, 20 ans, entre en mars 1881 à l'asile public, très agité avec un délire généralisé, intelligence embrouillée, état physique mauvais. L'aliénation mentale remonte à dix-neuf jours à la suite d'un état fébrile, le tout accompagné les jours suivants d'hyperesthésie auditive très marquée. Rien dans les antécédents personnels et héréditaires. L'agitation fait place peu à peu à un affaissement presque absolu, qui est de nouveau remplacé par de l'agitation avec confusion intellectuelle et amnésie. L'hyperesthésie auditive persiste très

accusée avec battements au niveau de la fosse temporale gauche. La température est autour de 38°.

Cette évolution persiste avec des alternatives d'affaissement et d'agitation. Le malade se plaint surtout de douleurs dans la région temporaire gauche.

Le 11 avril, apparaît une tuméfaction chaude de la région temporaire. Peu à peu cette tuméfaction gagne la région pariéto-occipitale. Le 2 juillet, écoulement purulent par l'oreille externe gauche, qui dure cinq à six jours et fait disparaître la tuméfaction temporaire. En même temps, les troubles psychiques s'atténuent rapidement, et le malade ne garde plus qu'un certain degré de torpeur intellectuelle et somatique. Après deux mois d'observation, il part guéri. Cette guérison persistait quatre ans après.

OBSERVATION VI (TOUBERT). — *R. Marie*, internée le 26 novembre 1902, avec le certificat : dégénérescence mentale, hallucinations multiples, alternatives d'excitation et de dépression. D'après l'observation, elle présentait des phénomènes de confusion dans les idées, s'accompagnant d'agitation et d'excitation très marquée ; elle avait des hallucinations terrifiantes, criait. Son état avait nécessité son placement à la section des grandes agités.

Passé otologique inconnu. Dans le mois de décembre, elle est opérée d'une suppuration dans la région parotidienne accompagnée d'une suppuration par le conduit. En janvier, atticotomy qui se fistulise. En février, comme il y avait une suppuration très abondante par la fistule rétro-auriculaire et par le conduit, trépanation de la mastoïde qui est remplie de fongosités. Diminution rapide de la suppuration, fermeture des fistules au mois de mars, époque où elle revient dans la salle commune.

Dès l'opération, les troubles mentaux ont changé de caractère. Le 3 mars, elle a encore un état mélancolique de dépression, mais pas d'idées délirantes bien accusées. Le 11 mars, elle répond aux questions normalement et sourit ; la guérison mentale a paru survenir brusquement la veille.

Depuis la malade semble à peu près revenue à son état normal.

OBSERVATION VII (STANCULEANU et BAUP). — Homme, 27 ans. Père mort à 60 ans de paralysie, mère ayant des tares nerveuses très marquées. Éthylique et alcoolique. A eu une otite suppurée à droite dans l'enfance.

Entre dans le service de Brissaud avec un état de confusion mentale très accusée, avec intermittences d'excitation et surtout de

torpeur. Il présente en même temps une rougeur scarlatiniforme, puis une desquamation caractéristique avec albumine. En même temps, il souffre de l'oreille droite, qui suppure un peu. L'examen montre une otite aiguë purulente avec perforation insuffisante, tympan bombé, ce qui nécessite une paracentèse.

A partir de ce moment, les phénomènes de torpeur diminuent. Au bout de quelques jours, il est capable de marcher; il a conscience de ses actes. Peu à peu, en même temps que l'otorrhée diminue par le traitement, les phénomènes mentaux s'améliorent, et il reprend bientôt son travail. Revu un mois après, il ne présente plus aucun trouble, mais garde de l'amnésie de ce qui s'est passé; son tympan est normal et son audition à peine diminuée.

La confusion mentale et l'otite ont duré deux mois environ.

OBSERVATION VIII (BROWN-SÉQUARD et ELMYRA) (A. Robin). — Brown-Séquard fut appelé auprès d'un malade qu'on croyait atteint de *paralysie générale*. En percutant le crâne, il détermina une vive douleur au niveau de l'apophyse mastoïde; puis, l'attention étant attirée sur ce point, on reconnut l'existence d'une collection purulente, dont l'ouverture amena la disparition complète de cette pseudo-paralysie générale.

B. — Observations de manie aiguë.

OBSERVATION IX (SCHÜLE). — Homme, 29 ans, militaire, bien doué sous le rapport intellectuel et sans antécédents héréditaires, n'a eu comme maladie antérieure à ses troubles psychiques qu'un écoulement d'oreille survenu à l'âge de deux ans, à la suite d'une scarlatine, et qui lui a laissé une certaine diminution de l'ouïe. Ce jeune homme, qui menait une vie assez agitée, fut pris d'une grande surexcitation intellectuelle avec symptômes de la folie des grandeurs. Cet état dure deux mois environ, pendant lesquels les mêmes phénomènes persistèrent, avec une pneumonie intercurrente.

Au début du troisième mois, il se fit par l'oreille un écoulement purulent, fétide et abondant; le tympan était perforé. Le soir du même jour, le malade se montra plus libre et, pour la première fois, posa des questions intelligentes. A partir de ce moment, les troubles intellectuels disparurent tout à fait. Après moins de deux mois, le sujet pu quitter l'établissement où il était soigné, dans un état de guérison complète. Un an plus tard, la guérison se maintenait toujours.

OBSERVATION X (URBANTSCHITSCH). — Un jeune homme, que je traitais pour une otite moyenne suppurée, et que l'on m'avait dépeint comme très bon et d'un tempérament calme, éprouvait de temps en temps une sensation de pression avec douleurs modérées dans les oreilles. Pendant les accès, il devenait ordinairement très excitable et entrait dans des accès de fureur. Aussitôt que les symptômes auriculaires avaient disparu, le malade redevenait tranquille.

OBSERVATION XI (BOUCHUT). — Petite fille, 10 ans. A été atteinte à la fois, il y a trois mois, de douleurs et d'otorrhée droite ainsi que d'accès nerveux qui vont en augmentant de nombre. L'écoulement d'oreille a disparu au moment de l'entrée à l'hôpital. Pendant un mois de séjour, ces crises ont reparu deux à trois fois par semaine : la malade pousse de véritables hurlements, comme un chien, cherche à mordre et à déchirer ce qui l'entoure, se débattant avec une violence inouïe, à tel point qu'on est obligé de la tenir de force. Ces accès de fureur maniaque durent de vingt minutes à une heure et laissent parfois un trouble de la raison de quelques heures durant lesquelles la malade prononce des paroles incohérentes, rit et crie sans motif. Pas de perte de connaissance, pas de convulsions, pas de souvenir de la crise. Entre les crises, intervalles normaux de un à cinq jours.

Traitements bromure, chloral n'agit pas ; sulfate de quinine donné au bout d'un mois de séjour à 1 gramme pendant dix-huit jours : à partir du début, les crises ont diminué ; à la fin, la malade paraît absolument guérie. Depuis deux jours l'otorrhée a reparu.

L'enfant est restée deux mois en observation pour voir si la guérison se maintient. L'auteur ne donne pas de renseignements sur l'otorrhée.

OBSERVATION XII (VACHER). — Homme, 26 ans. Présente assez brusquement des symptômes violents d'otite moyenne aiguë droite, qui nécessite une paracentèse le jour même. Malgré la persistance de la perforation, les douleurs reparaissent atroces le lendemain et provoquent un accès de délire furieux qui dure quatre heures et pendant lequel plusieurs hommes sont nécessaires pour contenir le malade. Après trois jours de faiblesse extrême, nouvel accès plus ou moins violent. État stationnaire pendant huit jours, avec bourdonnements violents, vertiges, acuité très diminuée, mais sans suppuration et sans fermeture de la perforation tympanique. Au bout de ces huit jours, nouvel accès de délire furieux, entrecoupé

de coma, qui dure sept heures, sans phénomènes méningitiques : entre les accès, forte douleur dans l'oreille droite.

A la suite, par le traitement, amélioration sensible des signes auriculaires et psychiques, lorsqu'il se produisit, un mois après, des signes de mastoïdite. La trépanation de la mastoïdite ne fit pas découvrir de collection purulente, mais amena, comme par enchantement, la cessation des phénomènes cérébraux et des phénomènes otitiques.

Quelque temps après, il se produisit une nouvelle crise de délire, mais lié cette fois-ci à une otite aiguë légère à gauche. Le tout guérît très rapidement par le traitement.

OBSERVATION XIII (SOMIER-BRYANT) (*in extenso*). — Dans ma clientèle particulière, je vois le cas d'un enfant de cinq ans qui a une inflammation purulente et récidivante des deux caisses. S'il y a rétention du pus, il survient des attaques de manie, pendant lesquelles l'enfant pousse des cris inarticulés, brise tout ce qui lui tombe sous la main et bat, avec l'énergie du désespoir, tous les membres de sa famille, ceux mêmes qu'il aime le mieux à d'autres moments. Ces crises sont constantes pendant les attaques. Le traitement de l'oreille moyenne et l'évacuation du pus font disparaître immédiatement l'irritation cérébrale.

C. — Observations de mélancolie aiguë.

OBSERVATION XIV (FÜRSTNER). — Femme, 44 ans, d'une débilité intellectuelle native (inquiétudes, craintes puériles, etc.) et offrant une héritéité psychopathique accentuée (grand'lante paternelle et père mélancoliques), un frère et une sœur morts de tuberculose pulmonaire avec troubles psychiques, présente assez brusquement en mars-avril 1882 une aggravation de son état habituel d'anxiété ; elle ne dort pas, très agitée, a des idées de possession démoniaque, des *hallucinations auditives* ; cet état de *mélancolie* s'accompagne de *tendances au suicide* (idées d'auto-accusation). Le tout s'aggrave au point de nécessiter un internement le 14 juin 1882.

Jusqu'à la fin de juillet, les troubles augmentent : la malade refuse de se nourrir, est devenue apathique, malpropre. A ce moment, il se fait tout à coup un violent écoulement de l'oreille droite et, dès les jours suivants, la malade est plus vive, puis perd ses idées mélancoliques. L'amélioration continue ; le 23 septembre, elle sort de l'hôpital, conservant sa débilité intellectuelle, mais complètement guérie de ses troubles psychiques.

Depuis la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XV (BOUCHERON). — Jeune fille de 23 ans, sans hérédité nerveuse, est atteinte depuis dix jours de diminution considérable de l'ouïe et d'une crise de *mélancolie* aiguë avec *hallucinations auditives*, confusion mentale, répulsion pour ses parents, vertiges. Physionomie inspirée, yeux bagards, écoutant des voix. L'examen du tympan n'a pas été fait.

Une insufflation dans la caisse fait cesser à la fois la surdité et les troubles mentaux.

OBSERVATION XVI (PETTAZZI). — Homme, 44 ans, cultivateur, sans antécédents nerveux ni troubles intellectuels antérieurs, sans lésions auriculaires anciennes, prend à la suite d'un abcès rétro-pharyngien une otite aiguë droite pour laquelle on est obligé de pratiquer une paracentèse, la même journée où l'abcès pharyngien s'ouvre spontanément dans la gorge. Malgré un écoulement considérable par l'otorrhée, le malade garde de la température (39°) et perçoit des bruits incessants dans l'oreille droite et même l'oreille gauche : bruits *musicaux* (harmonium), puis bruits *de voix* (voix de ses enfants), qu'on lui fait d'abord reconnaître comme purement subjectifs, mais qui, augmentant, l'illusionnent et lui donnent de véritables bouffées *hallucinatoires* (nouvelle de la mort de sa femme, pour laquelle il se lamente et veut partir de l'hôpital). Pendant deux jours, il garde ses hallucinations par moment, s'accompagnant de mélancolie accompagnée de véritables accès de délire avec agitation, à ce point qu'il est parfois nécessaire d'employer la contrainte et d'user de la morphine. Le cinquième jour de son otite, les hallucinations se dissipent peu à peu, et la conscience revient ; les bruits continuent à droite, mais ont cessé à gauche. L'otorrhée persiste encore et laisse de l'abattement général. Puis tout s'améliore progressivement et, le 23, on note la guérison de la surdité et des bruits. Revu un mois après, guéri.

OBSERVATION XVII (SCHIFFERS). — Homme, 66 ans. D'intelligence moyenne sans antécédents héréditaires, mais ayant fait des abus alcooliques. Porteur depuis longtemps d'une otite moyenne chronique suppurée gauche qui lui avait donné momentanément des névralgies du trijumeau et de la paralysie faciale. Opéré au mois d'août 1882 : trépanation de la mastoïde, extraction de séquestre. Il persiste une large fistule rétro-auriculaire.

Trois mois après, en même temps que l'écoulement *de pus* se faisait mal à l'extérieur (renseignements par la fille du malade), celui-ci présente des troubles intellectuels avec excitation et ten-

dance au suicide. Il était abattu, porté à la mélancolie. Il chercha à se suicider avec un rasoir, un pistolet, se précipita un jour dans les escaliers, et enfin se jeta sous les roues d'une charrette qui le tua.

Autopsie impossible. L'auteur ajoute que le malade ne présentait, les derniers jours, pas de céphalée, pas de fièvre, pas de vomissements ; l'appétit était bon et les selles régulières.

OBSERVATION XVIII (SCHMIEGELOW). — Homme, 35 ans, sans antécédents. Porteur depuis l'âge de 7 ans d'une otite moyenne chronique suppurée bilatérale. Progressivement, dans l'année 1882, un changement s'opéra dans la mentalité du malade. D'ordinaire gai, il devint taciturne, négligea sa famille, ses affaires, puis s'accusa d'être un voleur, d'avoir commis des détournements, ce qui était faux. Au mois de septembre, on songea à l'interner ; il voulait se tuer, parce qu'il pensait être arrêté comme voleur. On s'aperçut à ce moment d'un polype de l'oreille gauche.

L'ablation de ce polype amena l'amélioration de l'état mental ; la gaieté revint, mais le malade conservait la peur que sa santé ne fut ébranlée à nouveau si les polyypes venaient à revenir. C'est pour cela que l'auteur eut l'occasion de traiter l'otite chronique suppurée et de savoir l'histoire de la psychose.

OBSERVATION XIX (BIEHL). — Le patient, un soldat, fut atteint d'une pneumonie catarrhale à la fin d'octobre 1887, pendant laquelle, après trois semaines, se déclara une otite moyenne aiguë suppurée à droite. Peu de temps après cette complication était considérée comme terminée.

A partir du 14 janvier 1888, le malade devint triste, de mauvaise humeur, et eut l'idée fixe qu'il devait mourir. Entre temps, l'otorrhée reparut : le tympan était rouge, tuméfié et perforé. Bientôt, on s'aperçut d'un gonflement douloureux de la mastoïde, ce qui décida à la trépanation mastoïdienne. Une large fistule conduisit dans la profondeur, et on vida en l'agrandissant deux cuillerées à bouche de pus sous très forte pression. On se trouva alors en présence de la dure-mère recouverte de granulations et qui était animée de mouvements.

Le succès de l'opération fut remarquable au sujet des troubles psychiques du malade ; celui-ci reprit de suite après sa vie habituelle, répondant parfaitement aux questions qu'on lui posait et ne conservant bientôt plus rien de son idée fixe.

D. — Observations de psychoses systématisées.

OBSERVATION XX (COZZOLINO). — Jeune homme présentant des hallucinations de l'ouïe et du délire de persécution, en même temps qu'une otite moyenne catarrhale. La paracentèse, qui fit sortir une grande quantité d'exsudat séreux, fit cesser tous les accidents psychiques, hallucinations et délire.

OBSERVATION XXI (TOUBERT). — Homme 28 ans, interné à Villejuif le 14 novembre 1902 avec le certificat : dégénérescence mentale avec *hallucinations*, troubles de la sensibilité générale, *idées de persécution*, craintes d'empoisonnement, menaces envers sa femme. Il présente en même temps une otite chronique suppurée. Opération mastoïdienne en novembre 1902, en janvier 1903 et enfin en février 1903 : en dernier lieu, opération classique. Renvoyé à la salle commune le 26 mars.

L'état mental est allé en s'améliorant progressivement et régulièrement. On a mis le malade pendant trois mois en liberté provisoire ; sortie définitive en novembre 1903 ; le certificat portait toutefois : débilité mentale accentuée ; idées vagues de persécution par bouffées intermittentes.

Il a été revu guéri l'année suivante.

E. — Observations non classées.

OBSERVATION XXII (DOUTREBENTE). — C'est le cas d'un voyageur de commerce âgé de 42 ans, qui a fait deux séjours à l'asile de Blois et qui souffre depuis dix ans d'une otorrhée. Ce malade présente ceci de particulier, c'est que le *délire* éclate dès que l'écoulement cesse et que la guérison a déjà deux fois coïncidé avec le retour de l'écoulement purulent par l'oreille.

OBSERVATION XXIII (SOHIER-BRYANT) (*in extenso*). — Au *Mahattan State Hospital*, j'ai observé récemment une jeune femme qui, après l'accouchement, fut atteinte d'une inflammation de l'oreille moyenne avec complications mastoïdiennes. En même temps, il se développa chez elle une psychose : forme non différenciée de dépression mentale. À mesure que l'affection purulente rétrocéda, l'état mental s'améliora.

II

PRONOSTIC DES HÉMIPLÉGIES PALATO-LARYNGÉES.

Par MM.

Fernand LEMAITRE et M. SIMONIN

La paralysie récurrentielle comporte, en règle générale, un pronostic grave : grave *quoad vitam*, car cette paralysie est souvent le premier symptôme d'une affection rapidement fatale ; grave au point de vue fonctionnel, car, si le malade survit, la corde vocale reste d'ordinaire figée en position cadavérique.

M. Lermoyez décrit, au point de vue du pronostic des paralysies récurrentielles (1), trois types cliniques, qui sont par ordre de fréquence :

1^o La *paralysie récurrentielle incurable, grave* ; c'est la forme classique, celle qui mène à la mort du fait des lésions qui l'ont déterminée ;

2^o La *paralysie récurrentielle incurable, bénigne*, dont le plus souvent la cause nous échappe, mais qui n'est d'ordinaire qu'une infirmité comptable avec une survie indéfinie ;

3^o La *paralysie récurrentielle curable et bénigne*, qui guérît sans laisser de traces de son passage. Cette dernière variété est l'exception ; on l'observe dans les cas de névrise primitive, souvent *a frigore*.

Lorsque, à la paralysie laryngée, s'ajoutent d'autres paralysies témoignant d'un processus morbide plus étendu, lorsqu'il existe, par exemple, une hémiplégie palatine en même temps qu'une hémiplégie laryngée, comme dans le syndrome d'Avellis, ou lorsque l'hémiplégie palato-laryngée est associée à une paralysie des muscles sterno-mastoïdien et trapèze,

(1) GRINER, Les paralysies récurrentielles (*Thèse de Paris*, Carré et Naud, édit., p. 203).

comme dans le syndrome de Schmidt, ou encore à une paralysie de l'hypoglosse, comme dans le syndrome de Jackson, le pronostic est encore plus sombre : que l'on parcoure l'histoire des paralysies récurrentielles associées (1), et l'on verra combien sont rares les observations suivies de guérison. On peut, d'une façon très générale, diviser ces paralysies en deux groupes : les paralysies centrales et les paralysies périphériques ; là, le syndrome paralytique relève d'une apoplexie bulinaire, d'une syringomyélie, d'un tabes, d'une polioencéphalite ou d'une lésion sous-corticale, parfois aussi d'une tumeur de la base du crâne ; ici, on note un-traumatisme profond et violent, un néoplasme cervical, plus souvent une adénopathie cancéreuse de l'espace sous-parotidien postérieur ; toujours, la gravité du pronostic est évidente.

Seules, dans la littérature médicale, 3 observations (2) font exception, celles de Desvergne, de Fournier, de Mouisset et Bouchut, qui furent suivies de guérison ou d'une notable amélioration de l'état fonctionnel : nous nous proposons de les analyser. Nous rapporterons d'abord 2 cas personnels, qui, rapprochés des observations précédentes, nous permettront de décrire un type clinique spécial, caractérisé précisément par la bénignité du pronostic.

OBSERVATION I. — *F..., 48 ans, employé des contributions indirectes, nous est adressé en octobre 1908 par notre maître Lannois, à l'hôpital Lariboisière, à la consultation du service laryngologique de notre maître Sébileau.*

F... présente alors des troubles de la phonation dont le début remonte à plus d'un an.

Rien de spécial dans les antécédents héréditaires (père mort rhumatisant).

Les antécédents personnels sont plus intéressants : en 1896, paralysie du droit externe de l'œil droit ; durée de la paralysie, un mois.

En 1904, paralysie du droit interne de l'œil droit ; guérison en

(1) F. ROSE et F. LEMAÎTRE, De l'hémiplégie palato-laryngée (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, etc., nov. 1907, p. 467-526).

(2) Nous ne parlerons pas du cas de Ghauveau, dont l'observation très succincte ne peut être interprétée (hystérie ?).

quinze jours. Thérapeutique : iodure et électricité qui avaient déjà été employés avec succès en 1896.

A signaler également l'apparition de douleurs simulant l'angine de poitrine et d'un eczéma des mains, du cou et de la face interne des cuisses, le tout ayant rétréci sous l'influence d'un traitement mercuriel.

F..., grand fumeur, éthylique, ne croit pas avoir eue la syphilis ; marié, il est père de trois enfants, mais sa femme a fait deux fausses couches.

Les troubles pour lesquels F... vient consulter remontent à octobre 1907; en réalité, c'est en juin 1908 que subitement apparut la dysphonie, accompagnée elle-même de dysphagie et d'une céphalée très intense à forme hémicranienne. La médication iodurée, prescrite à cette époque, atténue la dysphagie et la céphalée.

19 Octobre 1908. — Examen laryngoscopique : la corde vocale gauche est paralysée en position presque médiane ; l'arythéroïde n'est pas basculé en avant ; sensibilité conservée.

Le voile du palais présente une légère parésie du côté gauche : au repos, il y a symétrie presque parfaite, bien que la luttée semble mécaniquement déviée du côté gauche. En faisant prononcer la voyelle *a*, on note une asymétrie qui provient :

1^e D'une contraction insuffisante du voile du côté gauche : le sillon de contraction est reporté sur la droite ;

2^e D'un défaut de contraction du pharyngo-staphylin : le relief de ce muscle n'existe qu'à droite et le rideau pharyngé est tiré seulement du côté droit.

Sensibilité normale.

26 Octobre. — Nouvel examen laryngoscopique :

Corde en position médiane.

La parésie du voile a diminué et, pour la mettre en évidence, il faut fatiguer les muscles par des examens successifs ; alors seulement on obtient l'aspect que l'on avait observé le 19 octobre (parésie manifeste de tout l'hémi-voile gauche).

Une ponction lombaire pratiquée par M. Cléret, interne de M. Lannois, indique un peu d'hypertension avec lymphocytose.

On institue alors un traitement hydrargyrique (injection d'huile grise) que le malade doit suivre chez lui en province.

20 Janvier 1909. — F... se présente à nous porteur d'une stomatite intense ; la langue est légèrement tuméfiée ; on note des érosions de son bord libre, de la face interne des joues et des gencives, qui sont fongueuses ; l'haleine présente une fétidité caractéristique ; la salivation est abondante et le malade accuse un goût métallique

très désagréable. La douleur est telle que l'alimentation est pénible ; l'état général est sérieusement touché.

L'examen laryngoscopique montre, d'une part, la disparition de la parésie du voile et, d'autre part, l'accentuation de la paralysie de la corde, qui est en position cadavérique, ce qui explique l'aggravation de la dysphonie.

L'examen de l'œil fait voir des pupilles petites et inégales (la droite un peu plus petite que la gauche). Les réflexes sont normaux à la lumière et à la convergence. Le fond de l'œil paraît normal.

Les réflexes rotuliens, les réflexes tendineux des membres supérieurs et le réflexe plantaire sont normaux.

Le réflexe achilléen, normal à droite, semble diminué à gauche.

Pas de troubles de la motricité ni de la sensibilité.

Urinés normales.

9 Mars 1909. — Amélioration considérable, état général parfait, disparition de tout signe d'intoxication hydrargyrique.

Localement : voile, normal ; larynx : corde gauche en position franchement médiane.

Reprise du traitement spécifique.

Fin avril. — Guérison au point de vue général et fonctionnel ; seule la corde vocale est encore parésiée.

Le malade est examiné par M. Babinski : actuellement il n'existe aucun signe de tabes.

OBSERVATION II (1). — *C. B.*, 34 ans, artiste, a eu en 1891, à 17 ans, une fièvre typhoïde avec hématurie et albuminurie et, en 1897, un chancre induré suivi de roséole ; il a suivi le traitement classique pendant dix-huit mois à deux ans, sans présenter la moindre manifestation.

Le 15 février 1906, il fut pris brusquement de troubles phonatoires : la veille au soir, la voix était normale ; le matin au réveil, l'aphonie était complète. Le Dr Burty, qu'il va consulter, fait le diagnostic de paralysie de la corde vocale droite et soumet le malade aux injections d'énesol, bientôt arrêtées à la suite d'hématurie.

Un mois plus tard, en mars, le Dr Lombard (2) constate, outre

(1) Cette observation, de même que notre observation I, est publiée dans la thèse de l'un de nous : M. SIMONIN, De l'hémiplégie palato-laryngée. Essai du pronostic (*Thèse de Paris*, 1909, H. Jouve, édit.).

(2) Nous sommes heureux de remercier ici M. Lombard, qui nous a signalé ce malade et nous a permis de le retrouver. Grâce à lui, nous avons pu le suivre depuis près de trois ans.

la paralysie laryngée, une paralysie du voile et l'abolition des réflexes rotuliens.

Le traitement n'est repris qu'en septembre : l'aphonie régresse spontanément et progressivement et l'état de la voix redevient normal en février 1907.

Depuis, l'état vocal ne s'est pas modifié ; l'état général est satisfaisant : à signalertoutefois quelques troubles stomachaux, de l'atonie vésicale, une albuminurie persistante et des troubles de l'audition du côté droit.

Le 8 décembre 1906, le malade vient nous consulter : on note l'abolition des réflexes rotuliens, une inégalité pupillaire (peut-être congénitale) ; pas d'Argyll. L'examen spécial ne s'est pas modifié depuis cette époque jusqu'à ce jour ; il était et est encore tel que nous l'avons constaté le 12 juin 1909 ; on peut le résumer de la façon suivante :

Voile. — Motricité normale et égale des deux côtés. Sensibilité peut-être un peu exagérée.

Pharynx normal.

Larynx. — La corde droite fait relativement bien l'abduction, mais l'adduction dépasse à peine la position intermédiaire.

La corde gauche fait la compensation et se met en contact avec la droite pendant l'adduction.

L'aryténoïde droit est légèrement basculé en avant.

Aucune gène de la phonation. En somme, il persiste une légère paralysie adductrice de la corde droite, qui est compensée par la gauche.

Oreille.

Épreuves auditives.

Oreille droite (malade).		Oreille gauche.
3 centimètres.	Montre air.	15 à 18 centimètres.
Très faiblement positif.	Rinne.	Faiblement positif.
Normal.	Weber.	Normal.
Pas de perceptions secondaires.	Schwabach.	Pas de perceptions secondaires.
	Corradi.	

A droite, les sons aigus sont mieux entendus que les sons graves.

Réflexe nystagmique. — Excitation du labyrinthe droit (rotation vers la gauche, dix tours vingt secondes).

Nystagmus léger à droite pendant vingt-cinq secondes.

Vertige subjectif.

Excitation du labyrinthe gauche (rotation vers la droite, dix tours vingt secondes).

Nystagmus à gauche pendant trente-cinq à quarante secondes.

Léger vertige.

Vertige voltaïque normal.

On note d'autre part :

Examen otoscopique. — Enfoncement des deux tympans, surtout marqué à droite.

Rhinoscopie antérieure. — Cornets gros, congestionnés. Muqueuse rouge.

Cathétérisme de la trompe. — L'air passe difficilement à droite, plus facilement après bougirage.

En somme, la diminution de l'audition est due à une lésion de l'oreille moyenne, sans aucune participation du nerf auditif.

Le 15 juin, M. Babinski examine le malade : il constate de nouveau un myosis droit avec conservation du réflexe à la lumière, le signe de Westphall et, en outre, l'abolition des réflexes achilléens.

Le réflexe cutané plantaire est normal ; les réflexes du membre supérieur faibles. Pas de troubles de la station. Sens stéréognostique conservé.

M. Babinski porte le diagnostic de tabes.

OBSERVATION DE DESVERNINE (1) (résumé). — *H...*, 48 ans, syphilitique et alcoolique, se présente avec un syndrome de Schmidt : paralysie complète de la corde vocale, qui est immobilisée en position cadavérique, hémiplégie vélo-palatine, paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien, le tout à gauche.

Ces diverses paralysies sont très marquées : elles s'accompagnent d'un commencement de DR.

Un traitement antisyphilitique énergique est institué et, dit l'auteur, *tous les phénomènes morbides disparurent graduellement jusqu'au rétablissement presque complet.*

OBSERVATION DE FOURNIER (de Marseille) (2) (résumé). — *X...*, femme de 40 ans, aurait présenté un an auparavant une diplopie passagère.

(1) DESVERNINE, Paralysie combinée du larynx et du voile du palais (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, juin 1901, p. 534-564).

(2) FOURNIER, Syndrome de Schmidt (*Marseille médical*, 15 juillet 1902).

Pas d'antécédents spécifiques avoués.

En un ou deux jours, s'installe du côté droit un syndrome de Schmidt : la corde vocale est immobilisée en position cadavérique ; le voile est entièrement rejeté vers la gauche lors de la plus petite contraction ; la paralysie du trapèze et du sterno-mastoïdien existe, mais moins accentuée.

D'autre part, on note l'existence de douleurs fulgurantes, une abolition du réflexe rotulien gauche et le signe de Romberg. Pas d'Argyll, mais atrophie grise temporaire des papilles (surtout à droite).

L'auteur croit à un tabes fruste et institue un traitement ioduré ; l'amélioration est rapide. « Après un mois, les troubles de la voix avaient complètement disparu ; il n'existant plus de trace de paralysie du côté du voile et du larynx. »

OBSERVATION DE MOUISSET ET BOUCHUT (1). — V. E..., 57 ans, syphilitique depuis l'âge de 22 ans, n'a jamais suivi de traitement spécifique ; il eut une hémiplégie gauche il y a dix ans.

Le syndrome de Schmidt, pour lequel il vient consulter, s'est constitué très rapidement ; l'examen local montre à droite :

Un voile asymétrique, même à l'état de repos ;

Une corde vocale immobilisée près de la ligne médiane ;

Un sterno-mastoïdien et un trapèze paralysés et partiellement atrophiés ; à signaler aussi une dysphagie et un spasme œsophagien que l'on n'observe pas habituellement dans ces états paralytiques.

Le traitement antisyphilitique est institué (iodure de potassium de biiodure de mercure).

L'amélioration est assez rapide au début ; elle continue progressivement, mais lentement ensuite, de sorte que, si l'état général et l'état fonctionnel sont satisfaisants, il n'y a cependant pas guérison complète : très légère asymétrie du voile lors de la contraction, atrophie partielle des muscles sterno-mastoïdien et trapèze, parésie de la corde.

Voilà 5 observations d'hémiplégie palato-laryngée qui présentent trois caractères communs :

1^o Leur rapport avec la syphilis ;

2^o Leur guérison sous l'influence du traitement spécifique ;

(1) MOUISSET et BAUCHUT, Syndrome de Schmidt (*Lyon médical*, 19 juillet, 1908, p. 69-80).

3^e Leur évolution en l'absence de tout autre symptôme ou en compagnie de signes à peine ébauchés.

Il suffit de lire les observations pour voir que la syphilis semble toujours en cause.

La guérison succède vite au traitement mixte : elle peut être complète (observation de Fournier) ; elle peut aussi être incomplète (observation de Mouisset et Bouchut et les deux nôtres). Si la guérison n'est pas totale, l'amélioration est considérable et les séquelles dénoncées par l'examen n'occasionnent aucun trouble général ou fonctionnel. Cette « forme bénigne » du syndrome d'Avellis (nos 2 cas) ou du syndrome de Schmidt (les 3 autres observations) est mise en relief par le caractère ordinairement très grave des hémiplégies palato-laryngées et tire, en réalité, son intérêt de la marche presque toujours rapide et inexorable de celles-ci.

Enfin l'évolution en quelque sorte isolée de l'affection lui confère, disons-nous, une allure clinique spéciale : les phénomènes paralytiques prennent ici une importance considérable. Quand ceux-ci ne résument pas en eux seuls toute l'affection, ils dominent au moins la scène : deux fois l'hémiplégie dépendait d'un tabes fruste, que dépista seulement un examen approfondi ; trois fois elle constituait les seules manifestations cliniques et, à ce titre, semblait rentrer dans le cadre de ce qu'on est convenu d'appeler les *paralysies essentielles*, n'être ni du domaine du neurologue, qui connaît les hémiplégies palato-laryngées consécutives aux lésions de l'encéphale, ni du domaine du chirurgien qui connaît les hémiplégies palato-laryngées engendrées par les processus néoplasiques du département cervical, mais bien relever du seul *laryngologue*.

En réalité, il ne doit y avoir là qu'une apparence, et nous nous demandons si le syndrome d'Avellis ou de Schmidt, chez les rares malades où il n'est accompagné d'aucune autre manifestation clinique, n'est pas un signe avant-coureur de la maladie de Duchenne.

Certes, nous ne pensons pas que ce signe présente la même valeur sémiologique que le signe d'Argyll ou que la disparition des réflexes achilléens ; mais nous rapprocherions volontiers

tiers les hémiplégies palato-laryngées des paralysies oculaires qui, précoces et transitoires, relèvent d'un processus névritique léger ou d'une pachyméningite de la base : ces syndromes d'Avellis et de Schmidt seraient pour le laryngologue ce que sont pour l'ophtalmologiste les paralysies oculaires fugaces du prétabes.

Si on voulait pousser plus loin le parallèle, on pourrait dire que, de même qu'aux ophtalmoplégies éphémères du tabes à l'état naissant correspondent des laryngoplégies éphémères engendrées les unes et les autres par la névrite périphérique ou la pachyméningite, de même sont superposables aux paralysies oculaires permanentes du tabes confirmé les hémiplégies palato-laryngées définitives relevant les unes et les autres de lésions centro-nucléaires : protubérantielles pour les paralysies oculaires, bulbares pour les hémiplégies palato-laryngées. C'est un de ces derniers cas de syndrome d'Avellis que Guillain et Laroche viennent de présenter à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

En bonne logique, ces considérations sembleraient devoir assombrir le pronostic de cette forme d'hémiplégie palato-laryngée dont nous avons précisément tenu à mettre en lumière l'allure bénigne et faire craindre, après la guérison des phénomènes de paralysie locale, l'évolution de l'inévitable tabes. Il ne nous semble pas qu'il en soit ainsi. En effet, ces paralysies ne sont, au début, que l'œuvre d'une simple pachyméningite spécifique, curable ; fussent-elles sous la dépendance de véritables lésions tabétiques, celles-ci seraient récentes ; or notre maître Babinski a montré que le *tabes incipiens* est susceptible de guérison.

Ces hémiplégies palato-laryngées sont pour nous de précieux avertisseurs ; traitées convenablement, elles guériront et, qui plus est, indiqueront la présence d'une syphilis ancienne en voie de frapper les centres nerveux.

A ce titre, elles commanderont un traitement spécifique intensif et prolongé, capable de prémunir contre le tabes ou même de l'étouffer dès ses premières manifestations.

Nous croyons ainsi pouvoir conserver, avec ces quelques restrictions, la forme bénigne et rare de l'hémiplégie palato-

laryngée, qui sera identifiée plutôt par son allure clinique que par les résultats de l'électro-diagnostic : ce mode d'exploration, si utilement interrogé dans tous les cas de névrite périphérique et, en particulier, dans la paralysie faciale, ne semble pas donner ici les résultats que l'on serait en droit d'en attendre : nous savons que les malades de Fournier et de Desvergne ont complètement guéri de leur syndrome de Schmidt, alors qu'ils présentaient, le premier, des modifications quantitatives de la réaction faradique et galvanique des muscles, le second un commencement de D. R.

Il nous semble, en résumé, qu'on pourrait appliquer aux hémiplégies palato-laryngées la formule sous laquelle M. Lermoyez classe les paralysies récurrentielles et, comme à ces dernières, reconnaître aux premières trois variétés cliniques :

1^o *L'hémiplégie palato-laryngée grave, incurable*; c'est de beaucoup la forme la plus fréquente;

2^o *L'hémiplégie palato-laryngée bénigne et partiellement curable*; dans cette forme, le voile recouvre sa motricité, alors que la corde vocale et les muscles du cou restent plus ou moins parésiés;

3^o *L'hémiplégie palato-laryngée, bénigne et totalement curable*; c'est la forme rare qui s'observe, comme d'ailleurs la précédente, chez d'anciens syphilitiques et qui doit faire redouter l'évolution ultérieure du tabes.

RECUEIL DE FAITS

PEMPHIGUS CHRONIQUE DES MUQUEUSES

(CONJONCTIVES, PHARYNX, LARYNX, NEZ).

Par **LANNOIS** et **CURTIL** (de Lyon).

L'observation que nous allons rapporter d'un malade depuis longtemps soigné à la consultation et dans le service Saint-Pothin est un cas typique de pemphigus des muqueuses : les conjonctives, puis le pharynx, le larynx et le nez furent atteints par les lésions bulleuses. A la gorge, celles-ci n'occasionnèrent que des manifestations subjectives atténées ; aux yeux, au contraire, elles furent plus ou moins directement la cause d'une cécité presque absolue. Ces cas de pemphigus des muqueuses se montrent à peu près toujours semblables sous la forme d'une affection nettement déterminée ; ils n'en restent pas moins en fait assez rares et leur nature est encore mal connue, de sorte qu'il y a intérêt à publier tous ceux que l'on rencontre.

Il s'agit d'un malade âgé de 69 ans (1), exerçant la profession de tisseur à Lyon ; il n'a aucun antécédent héréditaire intéressant. Il est marié ; sa femme est bien portante ; personnellement, il n'a pas eu la syphilis, n'a jamais fait d'excès alcooliques ; pour toute maladie antérieure, il raconte un eczéma siégeant aux jambes et dans la région anale, apparu il y a vingt ans et guéri complètement après quatre à cinq ans.

L'affection qui nous intéresse remonte à cinq ans. Le malade ressentit d'abord des phénomènes du côté de sa gorge : c'était une certaine sécheresse du pharynx, surtout accentuée le matin, une gêne de la déglutition, une expectoration plus marquée que de cou-

(1) Ce malade a été présenté par M. LANNOIS à la *Société des sciences médicales*, 2 fév. 1910.

tume, toutes manifestations subissant des périodes d'accroissement et de diminution, mais, en somme, incommodant peu le malade. Ce n'est qu'il y a deux ans, avec l'apparition des phénomènes oculaires, que l'affection devint plus grave. Un an auparavant, l'œil droit avait été opéré de la cataracte. Huit mois après, il fut de nouveau soigné pour de l'entropion de la paupière supérieure ; peu après, les bulles apparurent sur les conjonctives, et le malade perdit la vue à droite, du fait des lésions conjonctivales ; à gauche, le cristallin devint opaque et ne put être extrait, à cause de l'infection superficielle. Actuellement le malade est aveugle.

A l'examen, sujet bien portant par son état général, sans lésion viscérale marquée ; les bruits du cœur sont normaux ; la respiration est seulement un peu emphysémateuse. Les mictions sont normales ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. La température est normale.

Au point de vue oculaire, on voit, à l'œil gauche, un cristallin opaque ; la cataracte, déjà ancienne, semble d'aspect régressif. La cornée est transparente, sans lésion visible ; la membrane conjonctivale est rouge, chémotique, infiltrée par endroits ; les conjonctives palpébrale et bulbaire sont soudées ; les culs-de-sac ont disparu, l'inférieur complètement, le supérieur d'une façon partielle ; la région du canthus, des points lacrymaux, est également symphysée. Il y a beaucoup de larmoiement ; les bords palpébraux sont partiellement rétractés avec tendance à l'entropion.

A l'œil droit, qui a été pris en premier lieu, les lésions sont plus marquées encore ; elles s'augmentent de pannus de la cornée. Celle-ci, parcourue par des vaisseaux néoformés, est à peu près complètement opaque ; seuls, quelques points encore transparents laissent passer les rayons et donnent au malade une acuité qualitative. Le symblépharon est très avancé : il n'y a plus de culs-de-sac ; des brides fibreuses soudent ensemble la conjonctive palpébrale supérieure et la partie supérieure de la cornée ; il y a un plosis marqué, dû à ces adhérences. Enfin les paupières, surtout la supérieure, sont entropionnées avec trichiasis.

Au pharynx, un large placard blanchâtre occupe une partie de la paroi postérieure ; c'est une tache d'aspect pseudo-membraneux, nettement limitée par une zone rouge, et résultant, semble-t-il, de la confluence de plusieurs bulles anciennes ; la périphérie de la tache est entourée de saillies granuleuses irrégulières. Plus bas, à droite, à la base des piliers, on peut voir une bulle récente, non encore crevée, de la grosseur d'une tête d'épingle en verre et à contenu louche ; à côté, une autre bulle aplatie, vidée de son con-

tenu. Une grosse plaque blanche, à contours bien limités, sur la base de la langue.

Le larynx a des lésions sur l'épiglotte surtout ; on voit, à sa face antérieure, plusieurs taches blanches sur un fond rongeâtre ; les bords supérieurs des deux arytenoïdes sont également recouverts d'un placard de même nature. Quant aux cordes, elles sont grosses, rouges, sans autres lésions. Pas de troubles fonctionnels du larynx.

Au nez, mêmes lésions, surtout dans la région antérieure et sur la cloison ; la muqueuse est sale, sanguinolente, recouverte de croûtes ; l'examen est douloureux, fait couler un peu de sang. Le rhino-pharynx est rouge.

Sur la peau, on a cherché attentivement, et sans succès, des lésions analogues : le malade n'en a lui-même jamais constaté.

Pendant toute la durée de son observation, qui a dépassé huit mois, le malade n'a été modifié par aucun traitement. L'aspect local de la muqueuse pharyngée n'a subi que peu de variations, celles-ci se rapportant surtout à l'apparition nouvelle de bulles et de placards pseudo-membraneux et à leur disparition lente. Ceci était surtout facile à constater sur les piliers et sur l'épiglotte, cette dernière étant facilement visible lorsqu'on abaissait fortement la langue.

Chez notre malade, on le voit, les lésions sont restées localisées aux muqueuses conjonctivale et naso-pharyngo-laryngienne et, sauf à prévoir des bulles cutanées ultérieures, il s'agit d'un cas de pemphigus isolé des muqueuses.

Pour certains auteurs, il est vrai, il en est toujours ainsi et il n'y aurait jamais de lésion cutanée : Arthur Thost (analysé dans les *Annales des mal. de l'Oreille*, 1896) caractérise le pemphigus des muqueuses comme une affection exclusivement muqueuse. Des cas de cette localisation ont été rapportés par Hebra, Rollet, Cocks. Il semble bien cependant qu'assez fréquemment il y ait des lésions cutanées coexistantes. Dans d'autres cas formant la transition, les manifestations cutanées apparaissent tardivement après les lésions muqueuses. Brocq, Hering, Mosler ont cité des cas où le pemphigus des muqueuses a précédé de plusieurs mois, de plusieurs années, le pemphigus de la peau, et, pour un malade présenté par Creswell Baber, F. Semon a pu prédire cette évolution ultérieure. La plupart des auteurs reconnaissent l'existence de ces deux formes de l'affection.

Quoi qu'il en soit, notre observation répond tout à fait à la description classique (1) aux publications isolées et relatives à cet ensemble de lésions. Un point nous paraît mériter spécialement de retenir l'attention, c'est l'atteinte simultané des conjonctives et de la gorge : elle est presque constante. Le plus souvent, il s'agit de sujets âgés ou cachectiques. Les lésions ont une tendance à la prolifération et à la synéchie ; l'évolution est chronique et apyrétique ; la thérapeutique est toujours impuissante.

Les lésions conjonctivales, si graves par leur conséquence, ont donné lieu à de nombreux travaux ; mentionnées par Adibert, elles ont été étudiées par Cooper en 1858, puis par de Weeker, Lasègue et Hardy, Fuchs. De Grafe les désignait sous le nom de *rétraction essentielle de la conjonctive* ; ce fut Steffan qui les identifia avec le pemphigus ; tous ces travaux se retrouvent dans la thèse de Soulix, de 1896. Quant aux lésions de la gorge, elles ont bien été décrites dans la thèse de Montfort, de 1902 ; avant lui, Thost, Richards, O. Chiari et de nombreux auteurs avaient contribué à déterminer l'affection. Tout récemment, Garel en publiait un nouveau cas, bien étudié par lui et le Pr Nicolas, à la Société française d'otologie et de laryngologie (1908).

La pathogénie elle-même du pemphigus des muqueuses reste discutable ; certains (Besnier, Brocq) le différencient, ainsi que le pemphigus vrai cutané, de la dermatite polymorphe douloureuse. D'autres en font une variété localisée aux muqueuses, avec quelques caractères particuliers, de la maladie du Dühring. C'est l'opinion qu'a exprimée M. Nicolas pour le cas de Garel et, ajouterons-nous, pour le nôtre, qu'il a examiné. Garel l'a d'ailleurs adoptée.

Quoi qu'il en soit de cette discussion théorique, il n'en reste pas moins que ces cas, relativement rares, ont une évolution nettement déterminée et constituent un groupement de symptômes très caractéristiques, qui méritent de retenir l'attention des ophtalmologistes, des dermatologistes et des rhino-laryngologistes.

(1) Voir la description du pemphigus chronique dans LANNOIS, CHAVANNE ET FERRAN, *Précis des maladies de l'oreille, etc.*, t. II, p. 294.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS.

Séance du 9 juillet 1909.

Président : M. MAHU.

G.-A. WEILL, BARRÉ et CASTINEL présentent 3 malades qui ont été traités par la ponction lombaire pour des vertiges auriculaires.

1^o F..., 42 ans, saturnin, présente depuis deux ans des vertiges allant jusqu'à la chute complète. Bourdonnements d'oreilles. Affaiblissement permanent de la vision. Tension artérielle 21. Après rachicentèse de 6 centimètres carrés, la tension tombe à 16. En deux jours disparition complète des bourdonnements, des vertiges et des troubles de la vue.

Le diagnostic otologique était, dans ce cas, labyrinthite chronique ;

2^o L..., 62 ans. Crises vertigineuses depuis trois ans, avec chute; surdité relative à gauche. Ponction lombaire, 6 centimètres carrés. Dès le lendemain, amélioration qui s'accentue; disparition de tous les symptômes;

3^o Ph..., 26 ans. Vertigineux depuis vingt ans. Crises auriculaires avec bourdonnements et amblyopie. Surdité relative de l'oreille droite.

Ponction lombaire. Amélioration immédiate de la vision. Disparition du vertige.

Pour ces deux malades, le diagnostic otologique était : otite catarrhale chronique. Les auteurs rapprochent ces observations de celles qui ont été précédemment publiées, notamment par Babinski, Ménière, Lermoyez, Lombard, Trétròp, Dundas-Grant et plusieurs otologistes.

Ils signalent notamment la concomitance d'accidents auricu-

laïres et oculaires semblant relever des mêmes causes et ressortir à une même thérapeutique : la ponction lombaire.

Ils font remarquer à la suite de Maupetit, Laffitte-Dupont, qu'il y a souvent parallélisme entre l'hypertension artérielle, la pression céphalo-rachidienne, la pression labyrinthique et sans doute aussi la pression intraoculaire.

La décompression céphalo-rachidienne semble dans ces cas amener des modifications heureuses dans la vaso-motricité et dans tous les phénomènes morbides qui en découlent.

LERMOYEZ. — Lorsque M. Babinski conseilla de pratiquer la ponction lombaire, pour combattre les différents troubles, vertiges, bourdonnements, surdité, résultant des lésions de l'oreille, et qu'il publia des résultats favorables de cette nouvelle méthode thérapeutique, les otologistes accueillirent avec grande faveur cette communication, en raison de l'autorité qui s'attachait à la personnalité de son auteur. Il faut cependant avouer que, depuis sept ans que cette méthode a été prônée et qu'elle a été mise à l'essai, les résultats qu'on a obtenus ont été variables et parfois peu encourageants. Dans la pensée de son auteur, la ponction lombaire s'adressait surtout aux troubles provenant des lésions de l'oreille interne et devait être d'autant plus précieuse que la thérapeutique otologique locale n'a pas de prises sur celles-ci. Mais une telle indication est assez vague, et jusqu'ici il semble que rien n'a été fait pour préciser davantage.

J'envisage surtout l'action de la ponction lombaire sur les vertiges auriculaires; car, pour ce qui est de son effet sur les bourdonnements et surtout sur la surdité, je crois que nous devons faire provisoirement les plus grandes réserves à cet égard.

Or, si les effets de la ponction lombaire vis-à-vis de l'oreille devaient être seulement tantôt bons ou tantôt nuls, peu nous importeraient de la faire un peu « au jugé », sans indication très précise, puisque, après tout, il s'agit de secourir un malade auquel la thérapeutique otologique ne peut plus venir en aide. Malheureusement il n'en est point ainsi. Dans certains cas, la ponction lombaire faite chez les vertigineux d'oreille peut avoir des effets désastreux. J'ai observé deux faits dans ma clientèle chez lesquels la ponction lombaire avait été faite par des personnes dont la compétence est telle en cette matière qu'aucune faute de technique ne pourrait leur être imputée. Dans un cas, la ponction lombaire provoqua une crise de vertige terrible qui retint le malade cinq semaines au lit. Dans un autre cas, elle surajouta au vertige des

bourdonnements qui ne préexistaient point et qui, depuis, ont persisté sans arrêt, avec une violence inouïe.

En présence de tels faits, et sans doute d'autres semblables qui ne sont pas venus à ma connaissance, il appert que nous ne sommes pas en droit de faire la ponction lombaire au petit bonheur chez tous les vertigineux.

Le vertige est toujours un phénomène d'excitation de l'appareil d'équilibration, c'est-à-dire du système cérébello-pédonculo-vestibulaire. Il n'est pas nécessaire que l'irritation porte constamment sur le labyrinthe postérieur; elle peut être endocranienne et frapper directement les centres de coordination motrice. Or, bien qu'il soit trop prématûr de conclure dans le sens que je vais indiquer, il semble que la ponction lombaire donne plutôt ses bons effets en présence d'une hypertension encéphalique (ce qui n'a rien que de très logique) et qu'elle réussisse moins bien vis-à-vis de lésions chroniques pures du labyrinthe.

Quoi qu'il en soit, pour fixer à cet égard une indication thérapeutique, il serait indispensable que l'examen de l'appareil d'équilibration fût fait méthodiquement avant et après la ponction : car il faut avouer que, si nous sommes peu convaincus à l'heure actuelle, c'est que les observations qu'on nous présente sont pour la plupart incomplètes.

Les épreuves acoustométriques nous seront de peu de valeur, car il y a une assez grande indépendance entre le labyrinthe antérieur et le labyrinthe postérieur pour que nous ne soyons pas en droit de conclure d'une altération du premier à une lésion du second.

Le labyrinthe postérieur doit être interrogé directement, et pour cela il n'est vraiment qu'une épreuve qui soit à l'abri de toute critique, c'est l'*épreuve de Barani* ou épreuve du *nystagmus thermique*. Cette épreuve interroge seule séparément chacun des deux labyrinthes postérieurs. Au contraire, en raison de la suppléance fonctionnelle rapide d'un labyrinthe postérieur malade par l'autre labyrinthe postérieur sain, les épreuves de Romberg, de Mack, de Stein, et même celle du *nystagmus de rotation*, s'égalisent très rapidement sur les deux oreilles et ne donnent plus de renseignements. Quant à l'épreuve du vertige voltaïque, elle perd de jour en jour la valeur que lui a attribuée M. Babinski; elle est un moyen d'investigation très infidèle : car Neuman a vu le *nystagmus galvanique* se conserver dans certains évidemments totaux du labyrinthe; et les auristes sont en général d'accord avec Erb pour admettre que le vertige voltaïque est dû à une action du courant électrique sur toute la masse de l'encéphale.

En résumé, il serait à désirer que tout vertigineux fût soumis, avant et après la ponction lombaire, à l'épreuve du nystagmus thermique. On aurait ainsi tout au moins un point de repère précis pour s'orienter par la recherche de l'indication de thérapeutique par rachicentèse.

A. CASTEX présente une fillette de 6 ans atteinte de malformation congénitale des deux oreilles. Asymétrie faciale très accentuée aux dépens du côté gauche, où il existe de petits fibro-chondromes et une fistule borgne externe.

La partie supérieure du pavillon droit tombe sur sa moitié inférieure; il y a atrésie des deux conduits avec conservation partielle de l'audition. Luette bifide, dents dystrophiques. L'auteur pense que la seule intervention rationnelle est la fixation du pavillon à la région mastoïdienne après avivement des surfaces.

BOUFLAY présente une femme de 30 ans, atteinte d'une **affection du sinus maxillaire** ayant débuté il y a un an par des douleurs de la *gingivite suppurée* et de l'ébranlement des dents, tombées depuis. Les douleurs sont maintenant intolérables et nécessitent les injections de morphine. Il y a de la tuméfaction de la joue, de l'abaissement de la voûte palatine, de l'élargissement du bord alvéolaire. Fosses nasales normales, sans pus, joue opaque à l'éclairage. Le lavage diamématique donne un liquide louche à grumeaux blanchâtres. L'auteur pense qu'il s'agit d'une tumeur maligne, mais fait une réserve sur la spécificité; toutefois le traitement ioduré fait depuis dix jours n'a amené aucune amélioration.

LE MARC'HADOUR présente un malade atteint d'un **abcès du pilier postérieur**. Ces abcès diffèrent des abcès périamygdausiens : 1^o par leur siège dans le pilier postérieur même; 2^o par leur symptomatologie, ils évoluent sans trismus à l'encontre des abcès périamygdausiens; 3^o par leur traitement, ils avortent en effet quand on fait la ponction précoce du pilier postérieur infiltré dès les premières heures, et sans qu'il y ait de pus collecté.

MUNCH présente un malade chez lequel une **paralysie faciale s'est développée le troisième jour d'une otite moyenne suppurée post-grippale aiguë**. Pour obtenir la guérison de la paralysie, il a suffi d'assurer le drainage de l'abcès de la caisse à l'aide de percussions répétées de la membrane du tympan; point n'a été besoin de recourir à l'évidement pétro-mastoïdien, comme on le fait lorsque la paralysie faciale survient au cours d'une otorrhée chronique.

Dans le même cas, on a également noté une chute de la paroi postéro-supérieure du conduit auditif.

Cette lésion était imputable à une simple périostite temporale ; elle ne ressortissait nullement à une ostéite mastoïdienne avec fistulisation de l'antre pétéruleux par les cellules limitrophes.

PAUL LAURENS présente un **spéculum de Palmer** modifié dont la mise en place et le maintien sont particulièrement faciles.

MAHU présente un homme de 36 ans à la fois **siphilitique et tuberculeux** chez lequel une infiltration considérable des aryténoides avec immobilisation de l'hémilarynx droit nécessitèrent, il y a deux ans, une trachéotomie malgré le traitement local et général. Depuis le malade s'est grandement amélioré ; il faut aviver et suturer la plaie trachéale pour en amener la fermeture. Le malade parle et respire bien malgré le jeu restreint de la glotte (les mouvements de la corde vocale sont nuls et l'abduction de la gauche incomplète).

G.-A. WEIL montre : 1^o un dispositif pour **utiliser le courant de la ville sur les cautères** ;

2^o **Un inverseur rotatif coulé avec un transformateur pour courants alternatifs.** Ces deux appareils sont construits par M. Gaudon.

Séance du 10 novembre 1909.

Président : M. MAHU.

C.-J. KOENIG. — **Ablation des amygdales suivie de maladie de Basedow. Existe-t-il un lien de causalité ?** --- L'auteur rapporte le cas d'une jeune personne de 28 ans, qui souffrait de maux de gorge fréquents. Il constata de grosses amygdales, mais pas de végétations. Santé générale bonne. Les amygdales furent enlevées en juin 1908. Quatre à cinq mois après, amaigrissement, sensation de faiblesse, grossissement de la glande thyroïde. Puis troubles gastriques, palpitations, tachycardie (110 à 120 pulsations, tremblement des doigts). Donc, cas typique de maladie de Basedow, sans exophthalmie. Amélioration après quelques mois de repos, de massage et d'électricité, diminution de la glande thyroïde, mais persistance de la tachycardie. Sans vouloir attribuer la maladie de Basedow à l'amygdalotomie, l'auteur fait un rapprochement de ce cas avec les nombreux cas vus dans la littérature d'améliora-

tions et même de guérisons de la maladie de Basedow par suite de l'ablation de végétations adénoïdes (B. Fränkel, Musehold, Hopmann, Spencer, Watson, Scanes Spicer, Moritz Schmidt, Herbert Tilley, Creswell Baber, etc.).

GLOVER n'a jamais vu le goitre exophthalmique apparaître à l'occasion de l'amygdalectomie. Il pense que l'étude clinique et thérapeutique de la fonction amygdalienne, faute de données suffisamment précises, n'autorise pas à admettre les suppléances glandulaires. Les accidents de dénutrition des adénoïdiens sont surtout d'ordre nerveux et s'observent principalement dans les familles de goutteux.

II. Luc. — Application de l'anesthésie locale à l'opération radicale d'une double antrite frontale suppurée chronique. — Il s'agissait d'une femme de 34 ans, déjà opérée une quinzaine de jours auparavant d'une antrite maxillaire suppurée chronique droite avec anesthésie locale, et dont l'antrre maxillaire gauche se montra sain à la translumination ainsi qu'à la ponction transmœatique.

La participation des deux autres frontaux à la suppuration persistante étant simplement hypothétique, les deux cavités frontales furent d'abord ouvertes explorativement à l'extrémité interne du sourcil, immédiatement au-dessus de l'apophyse montante du maxillaire, puis du pus ayant été trouvé à droite comme à gauche, les deux autres furent évidés largement, avec prolongement inférieur de la brèche, suivant la méthode Taptas-Killian, à l'effet de détruire simultanément le labyrinthe ethmoïdal et d'établir une large communication fronto-nasale. Ces diverses opérations bilatérales, tant exploratives que curatives, purent être exécutées au prix de faibles douleurs et d'un écoulement de sang fort atténué.

Suivant la technique adoptée par l'auteur pour d'autres régions oreille, antrre maxillaire, larynx), les piqûres anesthésiantes sur la région à inciser furent combinées avec l'anesthésie par simple contact au niveau de la muqueuse correspondante; dans le cas particulier, au niveau du méat moyen.

Cette dernière anesthésie fut réalisée par l'introduction de plusieurs mèches de gaze imprégnée d'une solution de chlorhydrate de cocaïne adrénalinée au cinquième dans le méat moyen, après extraction du cornet moyen également anesthésié; puis 6 centimètres cubes de la solution suivante :

Eau.....	20 grammes
Solution d'adrénaline au millimètre.....	5 —
Novocaïne.....	0gr,25

furent injectés dans l'épaisseur et au-dessous du tégument, de chaque côté, suivant le trajet de la double incision demi-circulaire de Killian, comprenant toute la longueur du sourcil et le côté du nez.

La novocaine fut adoptée de préférence à la cocaïne en raison de son action beaucoup moins toxique.

Indépendamment des piqûres intra et sous-cutanées sus-indiquées, une injection fut pratiquée profondément de chaque côté sous la partie interne de la voûte orbitaire, en vue de l'anesthésie ethmoïdale.

La malade a pu être présentée guérie à la Société parisienne d'oto-laryngo-rhinologie, quinze jours après son opération, parfaitement guérie et ne portant comme trace de sa double opération qu'une cicatrice insignifiante.

VIOLET. — **Hystérie, épilepsie et hémorragies répétées d'oreilles simulées.** — Il s'agit d'un jardinier, 45 ans, paralysé du côté gauche depuis un coup de foudre (?), sujet à des fugues répétées, à des céphalées, à des crises nerveuses et que l'auteur examina à l'hôpital Cochin parce qu'il accusait des saignements de l'oreille gauche. Le tympan fut trouvé normal et mobile au Siegle. On porta le diagnostic d'hystérie. A un deuxième examen pratiqué à l'improviste, le jour même où le malade se plaignit de saignement et montra sa chemise tachée de sang, l'oreille fut de nouveau trouvée normale : conduit et membrane étaient nets de toute trace de sang. L'épreuve du vertige voltaïque, pratiquée avec l'aide de l'interne de M. Babinski, avait d'ailleurs été normale.

SIEUR et ROUULLOIS font une communication sur deux observations d'abcès du cerveau. — Dans le premier cas, il s'agit d'un malade qui, sans prodromes, au cours d'une otorrhée latente, est pris subitement, au milieu de la nuit, d'une céphalée violente avec vomissements, tombe dans le coma et meurt quatre heures après le début des accidents. A l'autopsie, ils trouvent un cholestéatome de l'oreille moyenne ayant perforé le toit de la caisse et un abcès central siégeant en pleine substance blanche, dans le lobe temporo-sphénoidal.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un malade en traitement pour otite moyenne suppurée, compliquée de mastoïdite ayant nécessité la trépanation de l'apophyse mastoïde. Au cours de l'opération, les lésions osseuses étaient venues au contact des méninges. Quelques jours après, il est pris d'accidents cérébraux avec aphasic

qui nécessitent une intervention d'autant plus urgente que le malade est pris, sur la table d'opérations, d'une crise convulsive revêtant un caractère particulièrement dramatique. Quelques coups de pince-gouge font sauter le plafond de l'antre et permettent d'ouvrir un abcès des dimensions d'une noix. Les phénomènes de compression disparaissent, et le malade finit par guérir définitivement au bout de six semaines.

ROBERT FOY. — **Rhinométrie.** — L'auteur présente son Atmorrhinomètre (*Presse méd.*, numéro du 41 février 1909), enregistrant, conservant, mesurant les taches expiratoires nasales. Ces taches sont relevées par calque. L'auteur critique d'une façon générale la position horizontale, parallèle aux orifices narinares, donnée à la plaque enregistreuse; le rôle de brise-jet des ailes du nez dénature la valeur de la largeur et de la forme de chaque cône d'expiration à sa naissance en tendant à les égaliser. C'est la longueur de ces cônes qu'il est utile, au point de vue fonctionnel, de conserver, de mesurer et de comparer : il suffit, pour ce faire, de placer la plaque enregistreuse, verticalement, perpendiculairement à la sous-cloison parallèle aux deux cônes d'expiration, et de faire expiration le sujet deux ou trois fois très lentement, sans effort, avec peu d'air dans la poitrine pour éviter les déformations par projection et étalement (présentations de graphiques et de courbes).

COURTADE proteste énergiquement contre le silence fait sur son nom dans la question de la rhinométrie clinique, puisque c'est lui qui est le créateur de cette méthode d'exploration et de l'instrument le *pneumodographe*, propre à réaliser ce mode d'examen. Ses nombreuses communications et présentations, faites depuis janvier 1902, démontrent le bien fondé de sa réclamation de priorité.

GEORGES LAURENS. — **Stérilisation pré-opératoire des téguiments en oto-rhino-laryngologie.** — La teinture d'iode alcoolique en badigeonnages cutanés, avant l'acte opératoire, peut présenter des inconvénients chez certains sujets, selon la fragilité de leur épiderme (douleur, brûlure, escarre, sclérose de la peau).

L'auteur, après l'avoir employée, utilise actuellement le chloroforme iodé au vingtième. L'opération terminée, on peut enlever l'iode avec un tampon imbiber de chloroforme. La solution est inaltérable ; pour empêcher l'évaporation du chloroforme, on peut, ainsi que le recommande Chassevant, recouvrir le bouchon à l'émeri du flacon d'un capuchon de caoutchouc.

On n'observe, en général, aucun accident consécutif à l'emploi de cette solution.

GEORGES LAURENS. — **Polype naso-pharyngien.** — L'auteur montre un volumineux polype naso-pharyngien bourrant le cavum et dont un prolongement remplissait la fosse nasale. Il faisait même hernie à l'orifice narinaire. Sans le moindre délabrement osseux et sans la moindre incision, il a pu être extrait par la voie rétro-palatine.

Georges Laurens recommande deux seules méthodes opératoires pour l'extirpation des polyopes naso-pharyngiens : 1^o le procédé de Doyen, c'est-à-dire l'extraction par la voie buccale, après rugination et sans la moindre incision; 2^o la rhinotomie sous-labiale avec agrandissement excentrique de l'échancrure nasale, réservée aux volumineux polyopes remplissant les cavités de la face. Il a toujours rejeté les résections du nez et toute incision des téguments.

La rhinotomie sous-labiale lui a toujours permis d'extraire les polyopes, même les plus volumineux, sans signature extérieure de l'opération.

PAUL LAURENS. — **Papillomes du larynx. Thyrotomie. Fulguration.** — Fillette de 5 ans, trachéotomisée il y a près de deux ans pour des accidents de suffocation déterminés par des papillomes du larynx. L'enfant est amenée pour être décanulée. Or l'examen sous chloroforme montre une cavité laryngienne remplie de papillomes végétants qui font hernie au-dessus de l'épiglotte.

Georges Laurens pratique une seconde trachéotomie, basse, sternale, ouvre le larynx et la trachée, et, après curetage complet des papillomes, pratique la fulguration. Suture du larynx. Résection partielle du cricoïde, en partie nécrosé par la laryngotomie intercrico-thyroidienne faite deux ans auparavant.

Cinq mois après, absence de récidive des papillomes, constatée après un examen sous chloroforme, mais persistance de l'aphonie. Il semble donc que la fulguration ait agi efficacement — peut-être momentanément — sur la masse papillomateuse.

CABOCHE. — Si on laisse provisoirement de côté la laryngo-trachéostomie, qui paraît promettre ici les mêmes succès que dans la cure des rétrécissement laryngés, l'histoire des papillomes est celle des insuccès fréquents des méthodes chirurgicales en apparence les plus radicales. Nous venons de voir un échec de la canule à demeure. La laryngo-fissure ne donne pas non plus une sécurité absolue, loin de là; nous avons eu consécutivement avec elle

deux insuccès. Aussi, lorsqu'il y a six ans nous eûmes l'occasion d'examiner un troisième cas, nous essayâmes la méthode endolaryngée, nous disant qu'après tout le succès n'était peut-être pas plus impossible qu'avec les autres méthodes et qu'il serait toujours temps d'y recourir en cas d'échec.

Il s'agissait d'un enfant de 6 ans très docile. Il toléra parfaitement les badigeonnages de cocaïne et les manœuvres endolaryngées; et, en douze séances, le larynx était perméable et la voix rétablie. Depuis six ans il n'y a pas eu de récidive.

GUISEZ. — **Diagnostic et thérapeutique directe d'affections laryngées ayant échappé au miroir.** — Guisez relate de nouvelles observations où la *laryngoscopie directe* seule a permis d'établir exactement le diagnostic des lésions laryngées. Il s'agit d'abord de plusieurs enfants où cette méthode permit seule d'établir un diagnostic exact. Dans un cas il s'agissait de papillomes multiples du larynx. Dans deux autres, de *sténoses laryngées* dues toutes deux à une hypertrophie du cartilage cricoïde. L'un d'eux a été laryngostomisé après la résection de cette hypertrophie.

Chez quelques adultes, certaine conformation de l'épiglotte (tombante, en capuchon), l'épaisseur de la base de la langue rendent impossible l'examen du larynx avec le miroir. L'auteur a pu aussi extraire un *nouveau polype* de la commissure antérieure et diagnostiqué de la façon précise un *cancer de la corde vocale*.

CABOCHE confirme les avantages qu'on peut tirer de la laryngoscopie directe pour le diagnostic des affections laryngées.

Chez beaucoup d'enfants, elle est le seul moyen de faire un diagnostic exact de papillomes et d'en reconnaître l'étendue et la variété ; mais, dans ce cas spécial, l'emploi du chloroforme est nécessaire.

Chez l'adulte, elle constitue, dans l'immense majorité des cas, une manœuvre des plus simples. Elle donne une vue nette de la commissure antérieure là où la laryngoscopie indirecte avait échoué. Mais elle donne aussi une vue singulièrement précise de la région postérieure, de la région interaryténoïdienne. Celle-ci est vue directement, verticalement, sans pénombre, et non plus ou moins obliquement comme avec le miroir. On saisit ainsi, sans intermédiaire, les plus minuscules détails objectifs. Il nous est ainsi arrivé plusieurs fois de dépister la tuberculose laryngée grâce à la vision de minuscules rhagades cachées dans un épaissement pachydermique de la région, et que le miroir n'avait pas décelées.

Une petite difficulté de l'examen tient à la résistance opposée à
ANNALES DES MALADIES DE L'OREILLE ET DU LARYNX, T. XXXVI, n° 3, 1910. 19

L'instrument par la musculature de la langue dans le mouvement de relèvement de l'épiglotte. Cette difficulté disparaît avec le manche coudé de Brünnigs, bien supérieur à ce point de vue aux autres modèles.

GUISEZ. — Deux cas de sinusite maxillaire à formes tout à fait anormales. — Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de 6 ans qui, à la suite d'une carie dentaire, fit une sinusite maxillaire à forme ostéomyélitique des plus graves, puisque, bien que opéré très rapidement après le début de l'accident, l'opération a révélé une nécrose très étendue du maxillaire supérieur. Malgré une large intervention qui montra un sinus anormalement développé chez ce tout jeune enfant, les phénomènes septicémiques ont continué et le malade a succombé à une thrombose de la veine ophthalmique et du sinus caverneux. Les faits de sinusite maxillaire sont très rares chez l'enfant ; l'auteur en a publié un autre cas précédemment chez un enfant de 4 ans. La forme ostéomyélitique suraiguë est également et heureusement tout à fait exceptionnelle. Dans le deuxième cas, la sinusite développée également à la suite d'une carie dentaire a présenté des difficultés tout à fait particulières de *diagnostic*. La malade ne mouchait pas de pus, mais crachait simplement des substances purulentes épaisses et se plaignait de *cacosmie* subjective. La joue était transparente à l'éclairage. Les ponctions faites à plusieurs reprises à Lausanne et à Paris par nous-même furent plusieurs fois blanches et ne ramenaient de pus que lorsque le trocart était introduit très en arrière dans le méat inférieur. La cure radicale de Luc, rendue obligatoire malgré les ponctions multiples, montre un *double sinus* ou *sinus cloisonné* ; la loge antéro-interne était à peu près saine ; au contraire, la postéro-externe était bourrée de fongosités et de pus.

G. MAHU. — Pour ma part, je n'ai eu l'occasion d'opérer de sinusite maxillaire chronique vraie qu'une seule fois chez une enfant de 12 ans, et je crois que les observations de ce genre ne sont pas nombreuses, cette affection étant extrêmement rare chez les enfants. Chez les nourrissons, on ne peut jamais la constater, puisque la cavité d'Highmore n'est pas encore formée. Quant aux malformations du sinus maxillaire, il m'a été donné d'en rencontrer une assez rare, il y a quelques années : c'était chez une femme qui se plaignait de tous les symptômes de sinusite maxillaire gauche que l'on avait essayé de laver sans y réussir jamais — et pour cause — et chez laquelle on constata, en opérant, que ce sinus n'existe pas : à la place de la cavité, il n'y

avait qu'une masse obscure de la grosseur d'une noisette absolument compacte.

BARTHAS. — **Lupus de la joue et lésions de la pituitaire.** — Chez 18 malades observés à la consultation de M. Jacquel, à l'hôpital Saint-Antoine, et qui étaient porteurs de lupus de la joue ou de la région naso-génienne, l'auteur a observé 8 fois la coexistence de lésions lupiques de la pituitaire, conformément à la loi d'Andry. Mais, chez les 10 autres malades, la pituitaire ne présentait que des lésions bancales et sans spécificité tuberculeuse (rhinite hyperthrophique, 3 fois; rhinite atrophique, 4 fois; coryza chronique, 1 fois). Il semble donc que cette loi admette de nombreuses exceptions et que sa formule : « le lupus de la face est toujours secondaire au lupus de la pituitaire » doit être ainsi modifiée « le lupus de la face est toujours secondaire à des lésions de la pituitaire ».

Séance du 10 décembre 1909.

Président : MAHU.

LERMOYEZ. — **Ostéite frontale d'origine rhinogène.** — Lermoyez montre un malade qui, au cours d'un coryza aigu, présenta au grand complet les signes d'une sinusite maxillo-frontale droite suppurée. L'opération fit constater en effet la sinusite maxillaire ; mais elle montra qu'il n'y avait pas de sinusite frontale parce qu'il n'y avait pas de sinus frontal. Le gonflement et la douleur qui siégeaient au-dessus de l'œil droit étaient dus à une ostéite frontale développée autour d'un canal naso-frontal borgne et infecté. La trépanation fit cesser immédiatement tous les symptômes.

Les ostéites frontales localisées d'origine rhinogène sont peu connues. Elles peuvent être comparées aux ostéites qui se développent dans les apophyses mastoides diploïtiques, non cellulaires, qui se produisent parfois au cours des otites aigües.

CASTEX dit qu'il a toujours recours au drainage par le canal fronto-nasal après l'opération des sinusites frontales. Dans deux cas où ce drainage ne fonctionnait pas bien, une ouverture spontanée s'est produite à travers les sutures sourcilières, montrant l'utilité du drainage post-opératoire.

LERMOYEZ. — **Encéphalite aiguë séreuse d'origine otique.** — Lermoyez montre un malade atteint d'otite aiguë droite avec mastoïdite

qui, quinze jours environ après la trépanation de la mastoïde, présenta presque au complet les signes d'un abcès cérébral, c'est-à-dire cérébration lente, céphalée gravative, vomissement en fusée, ralentissement considérable du pouls avec abaissement de la température et amaigrissement très rapide. Ces phénomènes durèrent huit jours, puis disparurent progressivement, menant le malade vers une guérison complète qui ne s'est pas démentie depuis un an. Il est probable qu'il s'est agi dans ce cas d'un foyer d'encéphalite sérieuse dû à un œdème toxico-infectieux limité au lobe temporal voisin de l'oreille malade et qui s'est résorbé sans aboutir à la suppuration, comme cela a lieu d'ordinaire.

CASTEX. — **Paralysie des abducteurs de la glotte.** — Castex présente un homme de 48 ans atteint de paralysie des abducteurs de la glotte qui paraît remonter à une quinzaine d'années. La voie est bitonale et le malade a des accès de dyspnée surtout la nuit. L'examen montre que la corde droite est en adduction rectiligne, mais que la corde gauche, quoique dans la même position, est flasque et dessine une concavité par son bord libre. Ses deux cordes s'écartent dans l'inspiration et se rapprochent au contraire dans l'expiration. On ne peut invoquer comme cause probable que des névrites consécutives à une fièvre typhoïde que le malade a eue à l'âge de 18 ans.

HAUTANT. — **Labyrinthite suppurée.** — Hautant présente plusieurs malades qui étaient atteints de cette affection et qu'il a trépanés.

BOSVIEL. — **Canule rétro-nasale.** — Bosviel présente une canule pour lavages du cavum qui emprunte la voie nasale et évite ainsi les réflexes nauséens que provoque l'attouchement du voile du palais. Presque toujours le malade peu l'introduire lui-même sans difficulté.

BOSVIEL. — **Compresseur amygdalien pour hémorragies post-opératoires.** — La courbure de la branche interne de l'instrument lui permet de se mouler sur la concavité du maxillaire ; la langue est libre, et aucun point n'est comprimé autre que la loge amygdaliennes. La branche externe prend appui par un anneau allongé sur l'angle du maxillaire. L'appareil tient en place seul.

LUC. — **Sarcome de la fosse nasale.** — Luc présente un malade opéré par lui, le 23 octobre dernier, d'un sarcome de la fosse

nasale droite, suivant le procédé de Moure, avec extension de la brèche opératoire aux antres frontal, maxillaire et sphénoïdal.

Il s'agissait d'un homme de 33 ans. Néoplasme très vasculaire, implanté sur la paroi externe, débordant la choane, en arrière, et oblitérant complètement la cavité nasale.

Une longue incision fut pratiquée, longeant tout le sourcil, descendant sur le côté du nez, contournant l'aile du nez, fendant la lèvre supérieure, à droite de la ligne médiane, et se prolongeant le long du sillon gingivo-labial, sur une longueur de plusieurs centimètres.

Le néoplasme n'avait pas encore envahi, mais seulement infecté les antres maxillaires et frontal, qui furent trouvés remplis de pus et de fongosités et largement ouverts.

L'antre sphénoïdal, ouvert par la même voie, était encore indemne. Résection de toute la paroi externe de la fosse nasale et de la totalité du labyrinthe ethmoïdal.

L'énorme plaie, réunie par première intention, était cicatrisée au bout de cinq jours.

L'examen histologique du néoplasme révéla un sarcome à petites cellules rondes, très vasculaire.

GUISEZ. — **Laryngostomie pour sténose chondro-cicatricielle du larynx.** — Guisez présente un jeune garçon de 13 ans, à qui il a fait, il y a un an, l'opération de la *laryngostomie*. Il s'agissait d'un cas de sténose chondro-cicatricielle du larynx, après tubage ayant nécessité la trachéotomie et le port de la canule pendant huit ans.

L'auteur a pu recalibrer le larynx par la dilatation caoutchoutée.

La plastique a été faite il y a un mois et la canule définitivement enlevée. La respiration est normale, la voix seule est un peu rauque, mais s'améliore de jour en jour.

Boulay ajoute quelques détails à l'histoire de cet enfant qu'il a soigné dès 1901, à l'époque où il était devenu canulard. L'obstruction était complète. Boulay fit une laryngotomie qui montra une occlusion cicatricielle totale de la région cricoïdienne, sans enchondrome ; il créa une nouvelle lumière et la maintint par un drain de caoutchouc qui s'échappa au bout de trois semaines. L'enfant recouvra la voix rauque qu'il a aujourd'hui, supporta l'usage d'une canule parlante pendant plusieurs mois, mais ne put être décanulé, car le calibre du larynx se rétrécit de nouveau à un moment donné avec une si grande rapidité qu'en huit jours il tomba de 7 à 3 millimètres. L'état général s'altéra ; l'enfant dut quitter Paris pour le Midi, et Boulay le perdit de vue. Il est à

souhaiter que cette nouvelle opération amène la guérison.

SIEUR rappelle que, sur trois malades qui ont été laryngostomisés dans son service, un est complètement guéri depuis plus d'un an et les deux autres conservent au cou une petite fistule; mais la respiration se fait, comme chez le premier, par les voies aériennes supérieures, et la parole est aisée.

GUISEZ. — **Pansinusite avec évidement ethmoïdo-sphénoïdal.** — Guisez présente deux malades opérés de pansinusite.

Le sinus maxillaire a été opéré par le procédé de Caldwell-Luc. Le sinus frontal a été trépané de telle sorte que les saillies frontales sont respectées; de cette façon il n'y a pas de déformation externe.

L'ethmoïde et le sinus sphénoïdal ont été complètement évidés par la voie orbitaire.

L'évidement ethmoïdal constitue en effet la clé de la guérison des pansinusites : la trépanation de la paroi interne de l'orbite combinée à la résection de la branche montante du maxillaire permet d'aborder directement l'ethmoïde et de le curetter à fond.

MAHU. — **Mucocèle nasal.** — Mahu montre une jeune malade atteinte de cette affection.

VEILLARD. — **Oedème laryngien chronique.** — Veillard montre une malade qu'il observe depuis dix ans pour des poussées d'ordème du pourtour supérieur de l'entonnoir laryngé; le gonflement a parfois atteint un degré tel que l'on dut penser à la trachéotomie. Malgré l'absence de tout signe de brightisme, le régime déchloruré amena chaque fois l'amendement des symptômes. Il y a certain degré d'insuffisance hépatique.

Séance du 10 janvier 1910.

Président : LE MARC'HADOUR.

DE PARREL. — **Les complications de l'adénectomie.** — De Parrel, à propos des complications de l'adénectomie, dont il fait une description très complète, insiste sur la nécessité d'opérer les malades en position de Rose, endormis au chlorure d'éthyle, avec toutes les précautions d'asepsie classiques ; il s'élève énergiquement contre les *simulacres* d'intervention qu'on pratique trop souvent, dans les

bôpitaux et les cliniques, gêné que l'on est par les mouvements intempestifs de défense des malades et pressé d'en finir avec des séries de vingt ou même quarante adénectomies. Pourquoi ne pas suivre une technique plus chirurgicale ? L'intervention est plus longue, mais combien plus sûre et plus profitable.

COURTADE. — **Revue historique et critique de la pneumodographe (rhinométrie) clinique.** — L'exposé des travaux antérieurs à 1902 démontre qu'aucun des instruments ou procédés de rhinométrie n'étaient passés dans la pratique courante.

Si l'auteur, sans connaître les travaux de Sandmann et Zwaardemaker, s'est rencontré avec eux, en ce qui concerne le principe physique sur lequel repose le pneumodographe, cet instrument donne des indications beaucoup plus précises et plus complètes que les procédés des deux auteurs précités.

La rhinométrie clinique et pratique était inconnue avant sa communication en janvier 1902, et le pneumodographe est le premier instrument qui ait permis d'exécuter facilement ce mode d'exploration. Aucun autre, sauf Mendel, n'a cherché à déterminer la valeur de la respiration buccale dans les cas d'obstruction nasale.

Le pneumodographe, de tous les rhinomètres, est le seul instrument qui inscrive simultanément la respiration nasale et la respiration buccale, quand elle existe, du sujet en expérience.

L'auteur a fait connaître, dès 1902, trois moyens de calculer la valeur des buées respiratoires : 1^o durée d'évaporation de chacune d'elles ; 2^o étendue de leur surface en centimètres carrés ; 3^o reproduction sur un papier spécial de ces buées, sans compter l'appréciation par le jugé, qui suffit dans nombre de cas.

L'auteur passe en revue les conditions que doit remplir un instrument destiné à mesurer la perméabilité nasale pour donner des résultats clairs et précis.

ROBERT FOY, à l'aide de documents originaux, établit la chronologie exacte des appareils hygro-rhinométriques. En Hollande, le miroir glace de Zwaardemacker (1899 et non 1896). A Berlin, le carton-ardoisé de Sandmann (1893), la plaque de Glatzel (1901 et non 1904). En France, le pneumodographe de Courtade (1902), le rhino-hygromètre d'Escat (1908), l'atmorrhinomètre de R. Foy (1909).

GLOVER. — Pour la division des voyelles en voyelles fermées et en voyelles ouvertes, l'étude des buées nasales et buccales est jusqu'à présent le seul contrôle physiologique pratique, en ce qui

touche surtout les mouvements du voile du palais dans l'acte vocal.

Dans ce but, il était indispensable que l'instrument d'exploration permet d'apprécier en même temps les lésions nasales et buccales. Seul de tous les appareils, le pneumodographe de Courtade réalise cet avantage et m'a donné des résultats intéressants sur les élèves du Conservatoire.

LERMOYEZ et HAUTANT. — **De la valeur du nystagmus vestibulaire en médecine légale.** — Une des formes cliniques sous lesquelles se présente le plus souvent à l'expert auriste la surdité traumatique est la suivante :

Un ouvrier reçoit un coup sur la tête. Il perd connaissance. Cependant, aucun écoulement de sang n'a lieu par le nez ni par les oreilles. Au bout de peu de temps, le blessé revient à lui : il n'a point de troubles cérébraux ; mais il perçoit des bourdonnements violents dans une oreille, et il s'aperçoit qu'il est sourd de ce côté. Le lendemain, en voulant se lever, il est pris de vertiges.

Ce type mordide correspond à ce qu'on a appelé la « commotion du labyrinthe » : il est généralement provoqué par des hémorragies de l'oreille interne, qui y créent des lésions irrémédiables. Mais aussi, c'est, de tous les syndromes auriculaires, celui qui est le plus souvent simulé, parce qu'il ne s'accompagne d'aucune lésion objective et parce qu'il laisse une infirmité incurable.

Pour dépister la simulation, l'expert ne peut se guider que sur l'examen physiologique des deux fonctions de l'oreille : audition et orientation. Les vertiges et les bourdonnements qu'accusent les blessés n'ont aucune valeur médico-légale. Ce sont des signes subjectifs, donc incontrôlables : de plus, ce sont des signes d'irritation, nullement proportionnés à l'intensité des lésions.

Les seuls signes de valeur sont les signes d'inexcitabilité labyrinthique, directement provoqués.

Le contrôle de l'excitabilité du labyrinthe antérieur se fait à l'aide des épreuves acoustométriques ; celui du labyrinthe postérieur, à l'aide des épreuves nystagmiques.

Or les épreuves acoustométriques sont longues, délicates, souvent vagues, fatidiquement subordonnées à l'interprétation du blessé, et pouvant être faussées par un simulateur habile. Au contraire, les épreuves nystagmiques sont courtes, faciles, précises, échappant absolument à la volonté du malade et ne pouvant jamais être simulées en plus ni en moins.

Pour cette raison, tenant compte de ce que les hémorragies trau-

matiques frappent presque toujours simultanément le labyrinthe antérieur et le labyrinthe postérieur, on a pensé qu'on pourrait contrôler la réalité ou la simulation de la surdité à l'aide des seules épreuves nystagmiques : dire, par exemple, qu'un sourd, dont le labyrinthe postérieur est excitable, doit également avoir un labyrinthe antérieur excitable et, par conséquent, affirmer ainsi qu'il simule.

Or, une telle déduction est inexacte actuellement. Les auteurs rapportent deux observations inédites, dans lesquelles on voit deux ouvriers présenter à la suite de traumatisme de la tête, sans fracture du crâne, la triade : surdité, bourdonnements et vertiges. Ces hommes n'étaient certainement pas des simulateurs. Chez eux, le labyrinthe antérieur était absolument inexcitable par toutes les épreuves acoustiques, et cependant leur labyrinthe postérieur avait conservé son excitabilité normale.

De cela il faut conclure :

1^o L'intégrité de l'excitabilité vestibulaire, constatée par la méthode du nystagmus calorique, ne permet pas d'admettre que la surdité accusée par un blessé soit simulée;

2^o L'épreuve nystagmique ne peut exclusivement renseigner que sur l'état fonctionnel du labyrinthe postérieur ;

3^o La démonstration de la simulation ou de la non-simulation de la surdité ne peut être faite que par les épreuves qui interrogent directement le labyrinthe antérieur.

CORNET (de Châlons-sur-Marne) croit que la méthode *calorique* est appelée à rendre les plus grands services dans les expertises d'accident du travail, parce que, de tous les signes mis en évidence par les divers procédés d'investigation du labyrinthe, le nystagmus provoqué est peut-être le seul qui ne puisse être simulé par un sujet intelligent et *exercé*. Il est certain, toutefois, comme M. Cornet a eu l'occasion de l'observer récemment, que les lésions post-traumatiques peuvent, *dans une certaine mesure*, intéresser isolément l'un de deux segments du labyrinthe et, par conséquent, une insuffisance légère du labyrinthe vestibulaire, révélée par les épreuves *caloriques* de Barany, ne permettrait nullement d'affirmer l'existence d'une surdité totale.

MOUNIER. — **De la cure radicale dans la sinusite maxillaire ; simplification de l'opération.** — Mounier préconise la simplification dans l'opération de la cure radicale de la sinusite maxillaire. Il présente, comme type d'opération, un cas complexe guéri pourtant rapidement. C'était une sinusite maxillaire datant de trois années.

Sinus très large, cloisonné, rempli de fongosités et contenant deux corps étrangers, dont une canule pour le lavage par une fistule alvéolaire. Opération, dans la même séance, de la sinusite par le procédé de Luc et de la fistule osseuse par résection du trajet ; très petite ouverture sinuso-nasale par la *pince spéciale* de l'auteur, sans toucher au cornet ; suture des plaies gingivo-labiale et gingivale au catgut ; ablation, au deuxième jour, de la mèche sinusale passant par la nez ; aucun autre pansement ni lavage consécutif. La guérison est constatée quatre ans après.

L'opération de la cure radicale de la sinusite maxillaire peut donc se faire et donner la guérison complète :

- 1° En une séance, sans pansements consécutifs ;
- 2° Sans réséquer aucune partie du cornet inférieur ;
- 3° Avec une très petite communication sinuso-nasale ;
- 4° Sans injection intrasinusale consécutive.

Elle donne, de la sorte, un faible traumatisme et immobilise très peu de jours le patient. Cette opération peut donc être très simple.

ROBERT FOY. — **Ozène et rééducation respiratoire.** — Robert Foy ayant constaté que les ozéneux présentaient, à des degrés divers, mais constamment, les mêmes troubles fonctionnels que les insuffisants et les impotents du nez (respiration buccale, insomnie, cauchemards, céphalée, vertiges, palpitations, dyspnée d'effort, asthénie, anémie, en un mot anoxémie), a pensé que le traitement rééducateur qu'il appliquait avec succès aux uns, dans le service du Dr Lermoyez, à l'aide du respirateur à pression antérieurement présenté (*Revue du Dr Moure*, n° 48, année 1908), pouvait peut-être, chez les autres, rétablir la fonction respiratoire nasale et secondairement modifier l'état local. 6 malades ont été traités, 3 femmes, 4 hommes. Une guérie depuis six mois (présentée), 1 depuis 2 mois, 2 depuis 1 mois (vingt à trente séances), 4 en voie de guérison prochaine (quinze séances, présentée). L'homme seul après vingt séances n'est qu'amélioré. D'autres présentations ultérieures seront faites. Par guérison, il faut entendre : suppression totale des croûtes, de l'odeur des troubles fonctionnels ci-dessus, des lavages. Un seul mouchoir sali normalement par jour au lieu de trois ou cinq. Sans généraliser encore, au point de vue de l'ozène, une première conclusion s'impose au moins : c'est que l'on ne doit plus craindre d'opérer largement les obstrués ou les atrésiés du nez.

ROBERT LEROUX. — **Polype géant d'une fosse nasale avec, dans la fosse nasale opposée, ulcération de la cloison par compression du**

cornet inférieur. — Robert Leroux rapporte l'observation d'une femme de 35 ans atteinte d'obstruction d'une fosse nasale par un volumineux polype muqueux s'implantant sur le plafond de la fosse nasale et contenant une épine osseuse qui se prolongeait dans le pédicule. Par compression, ce polype avait déterminé une ulcération de la cloison qui guérit après l'ablation.

Séance du 12 février 1910.

Président : LE MARC'HADOUR.

BABINSKI. — **Vertige voltaïque et troubles auriculaires.** — Dans plusieurs travaux dont le premier a été publié en 1902 à la Société de biologie, j'ai cherché à établir, en me fondant sur des observations cliniques et sur des expériences de laboratoire, que le vertige voltaïque obtenu par l'application des électrodes aux deux côtés de la tête était un phénomène réflexe ayant l'excitation du labyrinthe pour point de départ et que les affections auriculaires pouvaient avoir pour conséquence des modifications du vertige voltaïque dont les auristes devaient tirer parti.

Les idées que j'ai soutenues ayant été confirmées par beaucoup d'expérimentateurs, entre autres par Consoni, Tedeschi, Mann, Remak, etc., je pensais qu'elles étaient définitivement admises et je n'aurais pas cru devoir y revenir si M. Lermoyez n'était pas venu déclarer récemment, dans une réunion de votre Société, que l'épreuve du vertige voltaïque « perd de jour en jour la valeur que lui a attribuée M. Babinski » et que « les auristes sont en général d'accord avec Erb pour admettre que le vertige voltaïque est dû à une action du courant électrique sur toute la masse de l'encéphale ».

Une pareille critique émanant d'un homme aussi autorisé que M. Lermoyez mérite d'être prise en sérieuse considération. J'espére cependant vous démontrer que, contrairement aux allégations de mon collègue et ami, l'opinion que j'ai émise autrefois est rigoureusement exacte.

Il me paraît inutile d'indiquer les caractères du vertige voltaïque normal que vous connaissez tous. Je rappellerai seulement les modifications principales de ce vertige à l'état pathologique ; ce sont : l'augmentation de la résistance, les oscillations de la tête, l'inclinaison et la rotation unilatérales ou prédominant d'un côté, la rétropulsion se substituant à la latéropulsion.

Je vais soumettre maintenant à votre attention quelques malades dont l'examen auriculaire a été pratiqué d'une manière complète par M. Weill.

OBSERVATION I. — *G...*, syphilitique atteint d'une surdité incomplète et de troubles de l'équilibre qui se sont développés rapidement au cours d'accidents secondaires sans réaction sur l'oreille moyenne et ont été améliorés par le traitement spécifique. L'oreille gauche est plus prise que la droite. Le réflexe calorique de Barany avec l'eau chaude et l'eau froide n'apparaît pas même après plusieurs minutes d'irrigation. Vertige voltaïque : grande résistance, pas d'inclinaison, rotation unilatérale gauche avec nystagmus galvanique vers le pôle négatif à gauche.

OBSERVATION II. — *R...*, surdité presque complète. Aucune lésion de l'oreille moyenne. Réflexe thermique avec l'eau à 45° ; symétrique, commence à se produire au bout d'une minute un quart, se manifeste par un nystagnus rotatoire à secousses très faibles en position directe ; sa durée est de deux minutes et demie, si on le recherche dans la direction extrême du regard. Vertige voltaïque : grande résistance ; pas d'inclinaison.

OBSERVATION III. — *K...*, lésion de l'oreille gauche consécutive à un traumatisme sur la région temporale gauche ; céphalée ; trouble de l'équilibre. Diminution d'environ quatre cinquièmes de la perception aérienne et crânienne. Signes d'ankylose des osselets à gauche. Nystagmus spontané dans les positions extrêmes des yeux. Réflexe de Barany avec l'eau à 45° ; du côté gauche, le nystagmus apparaît après quarante-cinq secondes et dure deux minutes un quart ; du côté droit, il apparaît vingt-cinq secondes et dure une minute quarante secondes. Vertige voltaïque : avec le pôle positif à droite oscillation et rétropulsion ; avec le pôle positif à gauche, inclinaison et chute à gauche.

OBSERVATION IV (malade de M. Weil). — Imperforation du conduit auditif gauche à 4 centimètre de profondeur. Peu ou pas de perception acoustique à gauche. Oreille droite normale. Réflexe de Barany normal à droite. A gauche, il est impossible de le provoquer, même avec des applications de glace et des pulvérisations prolongées de chlorure d'éthyle. Vertige voltaïque ; avec le pôle positif à droite, inclinaison normale de la tête à droite sans nystagmus gauche ; avec le pôle positif à gauche, inclinaison très légère à gauche

et fort nystagmus à droite. Epreuve gyratoire; avec la rotation dans le sens de la montre, très brèves secousses à gauche; avec la rotation en sens inverse, nystagmus normal à droite.

Ces observations, que j'ai prises entre beaucoup d'autres analogues, montrent que, d'une manière générale, les perturbations du vertige voltaïque et celles du réflexe thermique sont connexes.

Je passe à l'étude de faits expérimentaux inédits. A mon instigation, MM. Vincent et Barré ont fait sur le cobaye des recherches méthodiques qu'ils exposeront ultérieurement et dont voici les résultats les plus saillants.

En détruisant le labyrinthe ou en sectionnant la huitième paire d'un côté, on observe de ce côté, immédiatement après l'opération, une abolition de la rotation, tandis que du côté sain la rotation reste normale. Dans les cas de destruction bilatérale, la rotation voltaïque est abolie.

Comme on le voit, contrairement à ce qui s'observe chez l'homme généralement, c'est du côté de l'oreille malade que la latéro-pulsion fait défaut chez le cobaye, et il y a là une différence dont y il aura lieu de rechercher la cause. Quoi qu'il en soit, ce fait prouve qu'une destruction du labyrinthe ou une section du nerf acooustique donne lieu à une modification profonde du vertige voltaïque.

Enfin j'ai pu réaliser chez l'homme des expériences établissant qu'un trouble passager du labyrinthe occasionné par la recherche du réflexe de Barany détermine une modification également transitoire du vertige voltaïque.

Chez un individu sain, ayant des réactions galvaniques normales, l'irrigation unilatérale avec de l'eau à 45° provoque, dès que le nystagmus apparaît, un changement analogue à celui que peuvent produire les lésions unilatérales du labyrinthe postérieur : avec le pôle positif du côté de l'oreille refroidie, l'inclinaison reste normale ou s'exagère, en même temps que le nystagmus augmente d'intensité ; avec le pôle positif appliqué de l'autre côté, l'inclinaison est nulle ou faible, et le nystagmus s'arrête pour reparaitre après l'interruption du courant.

Les faits nouveaux dont je viens de vous entretenir confirment mes observations antérieures. Ils corroborent cette donnée que les perturbations du vertige voltaïque constituent un moyen précieux de déceler les troubles du labyrinthe postérieur ou des voies vestibulaires.

CASTEX ET DE PARREL. — **Observations d'aérophagie et de tics du voile palatin.** — Castex et de Parrel communiquent l'observation

d'un malade atteint d'aérophagie qui a des insomnies provoquées par la distension gastrique. Cet homme a également des soulèvements rythmiques du voile du palais (une centaine par minute) et, si on immobilise le voile, c'est la base de la langue qui se soulève. Ces soulèvements s'accompagnent de claquements rythmiques dans la trompe et la caisse à gauche. Le sujet est spécifique depuis treize ans.

Castex a observé un cas analogue chez un paralytique général spécifique. Les soulèvements du voile étaient plus rapides que le pouls.

Ce nystagmus du voile rentre dans la catégorie des *ties*. Il ne doit pas être confondu avec les battements de tout le pharynx qu'on observe au moment de la systole cardiaque dans l'insuffisance aortique (signe de Musset).

Serait-il un signe prodromique de paralysie générale, puisque ces deux malades étaient syphilitiques ? On ne peut l'affirmer.

En tout cas, Castex et de Parrel enregistrent ces deux faits dans l'espoir que d'autres observations, venant s'y ajouter, il serait plus facile de fixer la valeur sémiologique de ce trouble fonctionnel.

GUISEZ. — 1^e **Abcès du cerveau consécutifs à une pansinusite.**
Trépanation. Guérison. — L'auteur présente un malade opéré il y a quatre mois pour une *sinusite fronto-sphénoidale* avec *abcès intracérébral du lobe frontal droit*.

L'abcès était tout à fait latent et ne s'est manifesté par aucun signe de compression ; il présentait néanmoins le volume d'un petit œuf de poule.

2^e Corps étrangers œsophagiens (arête dentier) enlevés par œsophagoscopie. — Le *dentier* était remarquable par ses dimensions : il a pu être enlevé après morcellement. C'est le septième dentier dont l'auteur guérit des malades dans les mêmes circonstances.

L'*arête* avait déterminé un *phlegmon œsophagien* qu'il a été facile d'évacuer par les voies naturelles après ablation du corps étranger. Ce mode de drainage a certainement moins de chance d'infecter le médiastin qu'une opération externe.

ROBERT FOY. — **Ozène et rééducation respiratoire.** — Robert Foy présente de nouveaux malades guéris par sa méthode de rééducation (air et oxygène comprimés). Le traitement paraît agir chez les ozéneux, par la restitution aux éléments sécrétateurs

(antiputrides et antibactériens) de la muqueuse nasale de leur excitant physiologique : l'air; de même que les aliments sont nécessaires à la muqueuse gastrique et intestinale pour la sécrétion physiologique de leur produits.

GASTON POYET présente deux malades atteints de *dysphagie* (laryngite tuberculeuse), guéris de leurs symptômes douloureux par l'application de rayons X (*par voie externe*). L'auteur insiste sur le rôle analgésiant des rayons Röntgen, qui n'a pas encore été employé par le procédé qu'il décrit pour soulager la dysphagie de certains tuberculeux laryngés.

CABOCHE. — **Relation de la rhinite atrophique et de la tuberculose.** — Caboche présente deux malades atteints de rhinite atrophique prononcée coïncidant chez l'une avec un lupus du nez et de la pituitaire, chez l'autre avec une laryngite tuberculeuse et de la tuberculose pulmonaire.

XLII^e RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ AMÉRICAINE D'OTOLOGIE (1).

Tenue à Boston, 1-2 juin 1909.

CROCKETT (de Boston). — **Traitemen**t de la leptoméningite aiguë suppurée d'origine otitique par l'opération précoce et le drainage subdure-mérien. 6 cas rapportés. — L'auteur nous rapporte 6 cas de méningite aiguë avec 2 guérisons opératoires. L'auteur paraît très interventionniste, et voici, d'après une de ses observations, sa façon de procéder.

OBSERVATION V. — Un homme de 35 ans subit pour otite moyenne aiguë une paracentèse. Cette otite avait une durée de quatre heures seulement quand la paracentèse fut faite. L'ouverture du tympan fut suivie d'un écoulement séreux abondant. Douze heures plus tard, le malade a un délire furieux et le diagnostic de méningite, dit l'auteur, a pu être facilement fait. Dix-huit heures après la paracentèse, sans s'occuper autrement de l'oreille moyenne ni de l'ouvrir, l'auteur fait directement la trépanation de l'endocrâne, ouvre la dure-mère et donne issue au liquide cérébro-

(1) Compte rendu par LAUTMANN.

spinal. Drainage et suture de la plaie. Le malade meurt après l'opération, trois jours après le début de la maladie.

L'opérateur est très content de ses résultats, car, même dans les cas qui ont dû se terminer par la mort, une certaine amélioration a été constatée. En terminant, l'auteur traduit une grande partie d'un article d'Alexander fait sur le même sujet dans l'*Archiv für Ohrenheilkunde*, juillet 1908.

Discussion.

HAROLD WALKER (de Boston). — Les otologistes ont une tendance à faire trop. Ils ne se contentent pas de découvrir la dure-mère et d'attendre, ce qui souvent est la meilleure des choses. Il rapporte le cas d'une jeune fille qui a guéri malgré tous les symptômes manifestes d'une affection endocranienne avec une double névrite optique. La dure-mère a été découverte; un abcès cérébral ou cérébelleux a été recherché, mais pas trouvé.

RANDALL (de Philadelphie). — Nous avons tous eu des cas sérieux qui ont guéri après, sinon à la suite de nos opérations; mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que la mort peut être mise injustement sur le compte de l'opération. Dans un cas de complication endocranienne, Randall, appelé en consultation, avait proposé l'opération comme dernière et faible chance de guérison. L'opération et même la ponction lombaire ont été refusées. Randall n'avait pas encore atteint la gare quand il fut informé de la mort de la malade qu'il venait de quitter. Nul doute qu'on eût mis cette mort sur le compte de la ponction lombaire si elle avait été faite. Une ère nouvelle s'ouvre dans la sérothérapie, qui sera la dernière chance pour de nombreux cas.

DENCH (de New-York). — En travaillant son rapport sur le même sujet pour le congrès de Budapest, Dench a été frappé par la constatation que 50 p. 100 des méningites otogènes guérissaient à la suite d'interventions chirurgicales. Lui-même a eu occasion de publier des cas de méningite suppurée guéris par le drainage de l'espace sous-dural. Il faut persévirer dans cette nouvelle voie chirurgicale et s'attaquer aussi au drainage des ventricules.

PIERCE (de Chicago) a eu personnellement de mauvaises expériences avec le traitement de la méningite suppurée généralisée. Par contre, le pronostic de la méningite localisée est bon. Barnhill est complètement d'accord avec Pierce sur le pronostic des opérations dans la méningite. Il voudrait attirer l'attention sur la hernie cérébrale consécutive à l'ouverture de la dure-mère. Elle se voit

toujours quand il existe une augmentation de la tension dans l'endocrane et une inflammation du cerveau. Il conseille de faire une ponction lombaire avant l'ouverture de la dure-mère et de redresser la tête du malade immédiatement après ouverture de la dure-mère. On éviterait ainsi la hernie cérébrale.

RICHARDSON (Washington). — Il ne faut prendre la statistique de Dench de 50 p. 400 de guérisons opératoires de la méningite suppurée qu'avec circonspection. Il est évident qu'on publie plutôt les cas favorables que ceux terminés par la mort, d'où les résultats de la statistique seront toujours erronés. Personnellement, il connaît 6 cas de méningite suppurée opérés dans les premières douze et vingt-quatre heures et tous terminés par la mort. Périodiquement encore un enfant avait souffert d'une otite suppurée pendant quinze jours. Il était resté apparemment guéri un mois, quand les phénomènes de méningite sont devenus manifestes. A l'opération, on trouve très peu de pus dans la mastoïde, et l'enfant est mort au bout de huit jours.

RANDALL. — Mettons que sans opération le malade peut guérir *une fois* par hasard et avec opération *deux fois* par hasard.

CROCKETT, résumant la discussion, plaide fortement pour l'intervention précoce dans la méningite suppurée. Ses 6 cas rapportés ne présentent pas une sélection, mais tous les cas qu'il a opérés en cinq ans, avec le résultat de 2 guérisons sur 6 cas. Il faut ouvrir la boîte crânienne et drainer longuement. C'est la seule chance pour le moment de sauver un malade atteint de méningite suppurée.

N. PIERCE (de Chicago). — **Abcès du cervelet d'origine otique.**
Guérison opératoire. — Le diagnostic d'abcès du cervelet a été fait grâce à l'épreuve calorique d'après les règles connues de Neumann. A l'opération, on a trouvé une fistule du canal horizontal; le labyrinthe a été largement ouvert, mais, comme il ne semblait pas conduire à l'abcès du cervelet, Pierce a préféré attaquer l'abcès directement par l'ouverture de l'occiput. Il fait suivre son observation de quelques remarques. La céphalée se voit plutôt dans l'abcès du cervelet que dans celui du cerveau. L'absence de fièvre dans les cas d'abcès du cerveau ou du cervelet est plutôt favorable, parce qu'elle permet d'exclure la coexistence de méningite. Quant à la technique, il paraît avantageux à Pierce de délaisser la voie à travers le labyrinthe et d'attaquer directement l'abcès du cervelet; on a ainsi plus de jour et on draine plus facilement.

E.-B. DENCH (de New-York). — **Deux cas d'abcès du cerveau.** — Le premier cas n'offre rien de particulier que la guérison opératoire

d'un abcès du lobe temporal consécutif à une otite aiguë. Le deuxième cas d'abcès du cerveau opéré allait également très bien pendant deux mois. Il persistait une granulation dans la caisse qui récidivait malgré tous les curettages. Après une cautérisation au nitrate d'argent, ont éclaté les phénomènes d'une méningite cérébro-spinale qui a emporté le malade. Le cas était compliqué aussi du fait qu'il existait une syphilis, reconnue par la séro-réaction d'après Noguchi et une sinusite sphénoïdale.

PERCY FRIEDENBERG (de New-York). — **Revue de quelques théories récentes sur le labyrinthe.** — On se tromperait en croyant trouver dans cet article la description des épreuves de Barany ou de la surdité labyrinthique. Friedenberg a des vues plus élevées, et il traite des fonctions du labyrinthe au point de vue philosophique et psychologique. Il y a été entraîné par la lecture de quelques travaux récents, qui, moins connus des otologistes, constituent une étude très aride, pour la vulgarisation de laquelle, parmi les otologistes américains, Friedenberg a certainement contribué. Sans parler du court résumé qu'il donne des travaux de Hogyes moins abstraits, il est certain que les recherches de Cyon, pour intéressantes qu'elles soient, ne constituent pas une lecture facile, et d'avoir condensé les expériences de Cyon dans un résumé court et clair est particulièrement méritoire. La théorie de Leib sur le géotropisme ne pouvait certainement pas manquer d'être mentionnée dans une revue destinée à des médecins américains.

SOHIER BRYANT. — **Sur la perception des sons.** — Il n'existe jusqu'à présent qu'une seule théorie sur la perception des sons, c'était la théorie de Helmholtz attribuant à chaque fibre de la membrane basilaire le pouvoir de résonner à une impression sonore définie. La comparaison connue était avec les cordes de piano, où chaque corde appartient à un ton. A cette théorie Sohier Bryant en oppose une autre, celle des cils sensibles. Ces cils sensibles de l'organe de Corti ont été définitivement trouvés dans ces derniers temps. Jusqu'à présent, les préparations anatomiques les ont mal montrés et ont donné naissance à la description de la membrane tectorielle ou de la coupole, qui très probablement, d'après Sohier Bryant, n'existerait pas et serait constituée par l'enchevêtrement de ces cils sensibles, qui eux-mêmes constituent probablement le prolongement du noyau des cellules de l'épithélium de l'organe de Corti (travaux de Howard Ayer). Ces cils réagissent sous l'action du mouvement sonore exactement comme les épis de blé réagissent

au souffle du vent, c'est-à-dire en reproduisant les ondulations correspondant aux différentes impulsions. Cette différence dans l'impulsion, reproduite par les cils nerveux de l'organe de Corti, expliquera l'intensité et la qualité du son, la consonance et la dissonance, le son et le bruit et la combinaison des sons. Il est naturellement impossible de reproduire l'argumentation physiologique de Sohier Bryant. En résumant sa théorie, Bryant lui trouve les avantages suivants sur celle de Helmholtz. L'examen anatomique rend invraisemblable la théorie de la vibration sympathique des fibres de la membrane basilaire. L'étude phlogistique montre qu'une telle fonction ne leur a jamais été dévolue. La théorie de Helmholtz conduit à des hypothèses trop compliquées pour l'explication de la perception des sons.

Discussion.

SHAMBAUGH (de Chicago). — Le problème de la perception des sons est tellement compliqué que Bryant n'en a même pas touché les limites. Bryant a réédité une théorie avancée par Ayers il y a quelques années déjà. Quiconque s'est occupé de l'anatomie du labyrinthe sait que la base anatomique de cette théorie est fausse. De même les conclusions physiologiques sont également insoutenables. Il est faux de prétendre qu'il n'existe pas de membrane de Corti (*membrana tectoria*) et de vouloir l'identifier avec une agglutination de la masse des cils. Ceci est insoutenable. Il suffit d'examiner une coupe de labyrinthe pour se rendre compte du nombre énorme des fibres parallèles qui constituent la membrane de Corti et du nombre relativement restreint des cils sortant des cellules ciliées également peu nombreuses. Si les fibres de la membrane de Corti étaient constituées par les cils de ces cellules ciliées, comment expliquer les centaines de mille de ces fibres sur chaque coupe. De plus, dans les préparations, la coloration de ces cils est différente de la teinte des fibres de la membrane de Corti.

RANDALL (de Philadelphie). — Quand, chez l'embryon, les cellules ciliées ne sont pas encore développées, la membrane de Corti existe pourtant là où plus tard les cellules ciliées doivent se développer. C'est une autre preuve de la fausseté de la théorie de Ayers.

J. B. RAE (de New-York). — **Deux cas de thrombose du sinus.** — Dans le premier (jeune fille de 43 ans), il s'agit d'une thrombo-phlébite avec état pyémique, métastase dans le poumon, qui, après

ligature de la veine jugulaire, nettoyage de la veine et du golfe, s'est terminée par la guérison. Le thrombus de la veine était solide. L'auteur ajoute la longue feuille de la température. Dans le deuxième cas, au cours d'une angine folliculaire, un enfant de 8 ans a dû subir la paracentèse des deux oreilles. Trois jours après, le médecin traitant, en présence d'une douleur au poignet gauche, diagnostique un accès de rhumatisme consécutif à l'angine. Mais, comme les deux apophyses mastoïdes étaient sensibles et qu'il y avait une chute de la paroi postérieure du conduit gauche, Rae posa le diagnostic de septicémie auriculaire consécutive à une thrombo-phlébite du sinus gauche. A l'opération, il trouve un abcès périsinusal et un thrombus dans le sinus. Ligature de la veine jugulaire, nettoyage du thrombus et guérison. L'examen du sang a permis de reconnaître l'existence du streptocoque avec 85 p. 100 de polynucléaires.

HALSTED (de Syracuse). — **Deux cas de thrombose du sinus sigmoïde et de la veine jugulaire. Opération. Guérison.** — A part la rapidité de l'évolution et, en conséquence, la difficulté du diagnostic, rien de particulier.

Discussion.

DENCH. — Le diagnostic de la thrombo-phlébite est particulièrement difficile. A l'encontre du cas rapporté par Rae, Dench cite l'observation d'un garçon auquel il a fait une paracentèse des deux côtés. Tout allait bien pendant dix jours, quand le malade a été brusquement pris de fièvre et d'une douleur dans le métacarpe droit. Mais, comme il n'y avait rien de particulier dans l'oreille, ni dans la mastoïde, Dench s'est arrêté au diagnostic de rhumatisme articulaire, qui s'est trouvé être exact.

BARNHILL. — Une femme a subi la trépanation des deux mastoïdes. A la suite, la fièvre devient irrégulière avec phénomènes d'infection généralisée. Aucun doute : il s'agissait d'une thrombo-phlébite, mais de quel côté ? Aucun signe ne plaideait plutôt pour l'un ou pour l'autre côté. On met à nu au hasard un sinus et on tombe juste sur le côté malade.

M. PIERCE s'est également trouvé embarrassé pour diagnostiquer de quel côté se trouvait le thrombus. Le père de l'enfant s'est opposé à l'opération et l'enfant a guéri.

BUELE et WRIGHT (de New-York). — **Signification clinique et pathologique de la bactériémie dans l'otite suppurée.** — Les auteurs

ont cultivé chez 55 malades atteints d'une affection purulente de l'oreille (otite, mastoïdite, thrombose du sinus) et chez 2 malades atteints de sinusite frontale, dont 1 avec méningite, le sang, d'après deux procédés différents, pour se rendre compte s'il existait de la bactériémie et quelle relation existait entre la maladie et la bactériémie. Dans tous les cas où les symptômes cliniques parlaient pour la thrombose du sinus ou de la leptoméningite, on a trouvé de la streptococcémie ; pourtant, dans 9 cas où ces symptômes n'existaient pas et où l'évolution de la maladie a prouvé l'absence de toute complication, on a trouvé 7 fois le streptocoque et 2 fois le pneumocoque dans le sang. En conséquence, la bactériémie n'est pas un signe certain de l'invasion du sinus. Dans les cas de mastoïdite où la culture du sang est restée négative, l'évolution a été plus orageuse que dans les 9 cas accompagnés de bactériémie. La technique suivie par les auteurs dans la majorité des cas est particulière aux auteurs.

Discussion.

LIEBMAN. — Les résultats dépendent entièrement de la technique suivie. Liebman, qui a étudié le sang de plus 200 malades atteints de fièvre, croit que le résultat de la culture du sang est important quand il existe un doute sur la thrombose du sinus. Chaque fois que la mastoïde a été largement ouverte et que les symptômes cliniques ont persisté, la bactériémie a indiqué l'ouverture du sinus et permis de constater l'existence d'une thrombose. Parfois, quand la veine jugulaire n'a pas été liée et que la bactériémie a persisté, la ligature de la veine jugulaire a suffi pour la faire disparaître. Il ne s'ensuit pas qu'avec la disparition de la bactériémie l'état du malade s'améliore.

GAUENING. — Liebman est bactériologiste et médecin, ne s'occupant pas d'otologie. Sans examiner l'oreille, il a dans deux cas fait le diagnostic de thrombo-phlébite, justifié par l'opération. Pour l'otologiste, la culture du sang n'est pas une condition nécessaire pour poser le diagnostic de thrombo-phlébite. L'hémoculture aide seulement à faire ce diagnostic. Il faut mentionner que, dans un cas de thrombose du sinus, la culture du sang a été négative. Le malade est mort. Dans les autres cas de thrombose sinusale où la culture a été positive et les streptocoques ont été retrouvés dans le sang, les malades ont guéri après ouverture du sinus et ligature de la veine jugulaire.

J. MAC KERNON a fait faire des cultures de sang dans de nombreux cas par plusieurs bactériologues. Les résultats sont un peu

incertains. Ainsi, dans plusieurs cas, on a trouvé une bactériémie pendant plusieurs jours après ouverture de la mastoïde, sans qu'il y ait eu élévation de la température ni complication sinusale. Dans d'autres cas, cette bactériémie existait avant toute opération sur le sinus.

Il paraît à Mac Kesson encore injustifié d'ouvrir un sinus sur les données seules de l'examen du sang.

DUEL, en terminant la discussion, croit également que l'examen du sang peut hâter notre décision d'ouvrir le sinus quand d'autres symptômes cliniques existent; mais il lui paraît imprudent de faire dépendre notre décision uniquement du résultat de l'examen bactériologique.

BRADEN KYLE. — **De l'état du nez et du naso-pharynx comme facteurs dans les affections auriculaires.** — Mise à point de la question. A part quelques exceptions, dans toutes les affections aiguës de l'oreille, on peut trouver une irrégularité soit anatomique, soit physiologique du nez.

LELAND (de Boston). — **De l'état du nez et du naso-pharynx dans les affections de l'oreille moyenne.** — Il faut insister sur l'évidemment complet de la fosse de Rosenmüller. L'ablation des végétations adénoides devra être suivie d'un traitement spécial, consistant en curetage et en cautérisations des masses qui pourraient se trouver derrière l'orifice pharyngé des trompes d'Eustache. Pour la restauration de l'audition, ce traitement vaudra mieux que la douche d'air ou le cathétérisme. Le même traitement aura souvent une action efficace sur les bourdonnements d'oreilles. Par la même occasion, Leland attire l'attention sur l'inflammation et la turgescence des parties postérieures des deux cornets moyens inférieurs, qui peuvent occasionner otalgie, bourdonnements et vertige et sensation de plénitude dans l'oreille.

N. PIERCE. — **Même sujet.** — Le rapporteur est d'avis qu'on a beaucoup exagéré l'influence des légères anomalies de la fosse nasale sur l'appareil auditif. Il en est résulté une polyprégmasie opératoire dans le nez, qui a laissé vaines des espérances pour l'amélioration de l'ouïe dans les cas invétérés du catarrhe adhésif ou de la sclérose de l'oreille.

Discussion.

CROCKETT (de Boston). — Après ablation des adénoïdes, la fosse de Rosenmüller peut encore rester encombrée. Dans les cas invé-

térés, on peut trouver des adhérences restant d'anciennes périadénites. Après leur ablation, l'audition peut être améliorée. Au contraire, quand il s'agit du nez, il est très peu fréquent que la chirurgie intranasale puisse être de quelque utilité pour l'amélioration de la surdité.

FREER (de Chicago) recommande son forceps *per nasal* pour l'ablation des adénoïdes dans la fosse de Rosenmüller.

BALLINGER (de Chicago) insiste sur trois affections des fosses nasales qui occasionnent la surdité : 1^o l'ethmoïdite et sphénoïdite ; 2^o hypertrophie du pôle postérieur du cornet moyen et associée à elle l'épipharyngite ; 3^o la cause bien connue des adénoïdes. A de rares exceptions près, une ou plusieurs de ces conditions existent toujours dans les suppurations auriculaires. Il n'est pas exact de prétendre que les végétations adénoïdes s'atrophient chez les adultes.

RICHARDS (de Fall River). — Nous savons seulement depuis deux ou trois ans que le nettoyage des fossettes de Rosenmüller est absolument nécessaire pour la guérison de l'otite. Il recommande la curette de Vogal.

ÉMILE MAYER (de New-York). — Le pharyngoscope est l'instrument particulièrement recommandable pour l'inspection de la fossette de Rosenmüller.

PEREY FRIEDENBERG (de New-York) insiste également sur les avantages du pharyngoscope de Hayes, qui permet d'examiner cette région même pendant que le malade avale.

SHAMBAUGH (de Chicago) ne partage pas entièrement l'enthousiasme des rapporteurs à propos de ces opérations sur la fossette de Rosenmüller, quand il s'agit de cas invétérés. Souvent il existe alors de la labyrinthite, qui ne peut plus profiter des interventions intranasales.

SHAMBAUGH (de Chicago). — **Sur la signification de quelques symptômes de labyrinthite.** — Un processus aigu du labyrinth peut se limiter soit sur le limaçon, soit sur le vestibule, soit sur les canaux semi-circulaires. Cette opinion est contraire à celle défendue dernièrement par Herzog. L'apparition brusque des phénomènes labyrinthiques peut être occasionnée par une embolie ou une hémorragie dans les vaisseaux du labyrinth et constitue alors la maladie de Ménière. L'altération du nerf prend rarement dans le labyrinth une forme si aiguë.

Discussion.

RANDALL (de Philadelphie). — Parfois la labyrinthite peut avoir une soudaineté telle dans son apparition qu'on croit être en présence d'une attaque d'épilepsie. Quand les phénomènes vasomoteurs sont en cause dans la labyrinthite, l'emploi de l'adrénaline peut être suivi d'un grand soulagement pour le malade.

SHAMBAUGH. — Le diagnostic de la labyrinthite est de la plus haute importance pour nos interventions chirurgicales. Ce diagnostic n'est pas toujours aisément. Dans un cas, on s'est basé sur l'existence du vertige et d'autres troubles de l'équilibre pour entreprendre l'ouverture du labyrinth. En réalité, il s'agissait d'hystérie. Dans un autre cas, une opération était également proposée pour labyrinthite suppurée, et cette fois il s'agissait de névrite de l'acoustique. Dans les deux cas, l'intervention aurait eu des suites plus graves que l'ouverture d'un labyrinth suppuré, parce que la nature s'est protégée elle-même généralement contre la méningite dans les labyrinthites suppurées, ce qui n'est pas le cas quand le labyrinth ne suppure pas.

W. C. BRAISLIN (de Brooklyn). — **Étude sur le pharynx infantile, spécialement au point de vue de la trompe d'Eustache.**

W. C. BRAISLIN. — **Sur l'obstruction de la trompe d'Eustache.** — Intéressante est la façon dont l'auteur rapporte la bibliographie. Chaque travail cité est analysé.

S. F. Snow (de Syracuse). — **Surdité par auto-intoxication.** — Les troubles intestinaux pas suffisamment développés pour être rangés dans un des groupes des maladies de l'intestin constituent pour Snow l'auto-intoxication. Comme les malades dans ces cas ne sont pas assez atteints pour être soignés par des spécialistes de l'estomac ou par leur médecin habituel, l'otologiste doit y suppléer si une affection de l'oreille ne ressortit pas à la chirurgie auriculaire.

PERCY FRIEDENBERG (de New-York). — **Écoulement nasal et auriculaire chez les enfants.** — Il existe une relation entre ces deux écoulements. Ces otorrhées sont favorables au point de vue du pronostic et du traitement.

S. Mc KERNOX (de New-York). — **Séquestration du labyrinth.** — Garçonnet de 4 ans, atteint depuis les premiers mois de sa

vie d'otorrhée fait brusquement une paralysie du facial à gauche, avec fièvre, insomnies et mauvais état général, teinte subictérique. On trouve à l'opération une masse cholestéatomateuse dans l'autre, une autre dans la racine de l'arcade zygomatique. Mise à nu du sinus sur une large portion. Après nettoyage de la caisse, on trouve un séquestre constitué par la presque totalité du labyrinthe. Après extraction de ce séquestre, la dure-mère se trouve être mis à nue très largement dans la région du cervelet et du cerveau. L'enfant reste pendant six jours après l'opération dans un état d'inconscience absolue, vomissant par intervalles. On ouvre le sinus latéral sans résultat. Les jours suivants, on fait des ponctions lombaires qui, au début, semblent améliorer l'état du malade. Les derniers jours, la ponction ne ramène que 4 centimètres cubes de liquide trouble, sans autrement changer l'état du malade. Profitant des deux brèches obtenues par l'extraction du séquestre, Mc Kernon se décide à drainer par ces deux brèches l'espace subarachnoïdien. Immédiatement il s'établit un drainage suffisant qui, les jours suivants, est même devenu énorme. Le pansement a dû être changé toutes les quatre à six heures. En même temps l'état général de l'enfant a visiblement progressé. Rapide amélioration, à part la paralysie du facial.

F. PACHARD (de Philadelphie). — **Importance de l'examen détaillé du naso-pharynx dans le traitement des maladies de l'oreille.** — L'otologiste devra, dans chaque cas, examiner le naso-pharynx, non seulement avec le miroir, mais aussi avec le doigt. Souvent une cocainisation préalable devra être faite. Ainsi on reconnaîtra non seulement les adénoïdes, mais, surtout longtemps après l'ablation des adénoïdes, on trouvera des adhérences, des brides, dont l'importance a été jusqu'à présent méconnue. Le praticien a montré à l'auteur que ce qui paraît être un lieu commun est pourtant fortement négligé en clientèle.

LOGAN (de Kansas City). — **Périadénite chronique de l'épharynx chez les adultes.** — Pour dire simplement, Logan aurait pu intituler sa communication : *Végétations adénoïdes chez les adultes*. Il les a rencontrées très souvent. Sur 632 cas opérés par lui dans les six dernières années, 284 fois les porteurs des végétations étaient au-dessus de 25 ans et, parmi eux, 106 fois les malades étaient entre 35 et 45 ans. Il est vrai que Logan considère comme pathologique et nuisible pour l'entourage (sinus, oreilles, larynx) le moindre épaisissement de la muqueuse du cavum. Au risque de paraître

trop zélé, il prétend que tout ce tissu de nappe adénoïdienne, fertile en infection, doit être détruit. La façon de procéder de l'auteur mérite d'être rapportée. Il commence par un nettoyage du cavum, par un seringage rétro-nasal; ensuite, en introduisant des porte-coton par la fosse nasale, il anesthésie tout le cavum. Une fois l'anesthésie obtenue, il introduit son index droit, muni d'un ongle long, derrière le voile, et, commençant par le bord inférieur de l'orifice de la trompe gauche, il déchire toutes les adhérences et toutes les masses qui tapissent la voûte. Le résultat de cette opération préliminaire est de libérer les trompes des masses qu'il est impossible d'enlever à la curette. Cette intervention est suivie d'une inflammation qui rend les tissus faibles et susceptibles d'une facile réparation, qui est exécutée quarante-huit heures plus tard. L'opération est faite sans anesthésie générale, à laquelle Logan ne pourrait que difficilement s'astreindre. Ainsi on évitera l'hémorragie et on sera en mesure d'enlever toutes les masses adénoïdes.

H. WALKER (de Boston). — Extraction d'un corps étranger du tympan. Voie d'entrée par le palais.

C. RICHARDSON (de Washington). — Ablation radicale de l'amygdale. — C'est la méthode bien connue de l'énucléation de l'amygdale sans autre instrument qu'un ouvre-bouche et une forte pince pour exécuter des tractions légères sur l'amygdale. On opère sans anesthésie avec l'index, qui est introduit entre pilier et amygdale et qui sépare lentement et graduellement l'amygdale dans sa loge de toutes ses adhérences. Peu d'hémorragie après l'opération, mais la douleur post-opératoire est notable. La guérison est obtenue au bout d'une semaine; mais alors le résultat est vraiment idéal. C'est une méthode simple et rapide, demandant peu d'instruments, offrant peu de danger d'hémorragie avec un excellent résultat final et permettant à quiconque de l'accomplir avec dextérité.

ANALYSES

PHARYNX.

Une observation de fibrome de la langue, contemporain d'un fibrome du larynx, par GUILIO MARTUSULLI (*Archivii italiani di Laringologia*, janv. 1907).

Il s'agit d'un individu de 56 ans, affligé d'aphonie persistante depuis plus d'un an; cette aphonie s'était manifestée graduellement.

Il existait une petite tumeur sur le bord gauche de la langue, à environ 2 centimètres de son extrémité, près de la première molaire, de la grosseur d'un pois, pédonculée, de consistance dure et élastique, de surface lisse, de couleur rosée et complètement indolore.

Dans le larynx, au niveau de l'insertion antérieure des cordes vocales, existait une autre tumeur du volume d'un grain de raisin, transparente, qui, dans les essais de phonation, faisait saillie à travers les cordes vocales.

Ces différents caractères permirent de diagnostiquer un fibrome kystique de la corde vocale gauche.

Martusulli extirpa la tumeur de la langue avec la pince de Hartmann et celle du larynx avec la pince de König. Une nouvelle tumeur située encore plus bas et bilobée fut alors aperçue et enlevée également avec la pince de König.

Le malade se remit rapidement, sans récidive.

La tumeur linguale présentait à l'examen microscopique les caractères d'un fibrome dur.

Quant à celles du larynx, la première appartenait à la variété molle, avec des espaces lymphatiques larges et nombreux; la seconde, semblable à celle de la langue, était un fibrome dur; la dernière présentait des caractères intermédiaires entre ces deux variétés de tissu fibreux.

M. BOULAY.

La langue noire, par BLEGVAD (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XX, H. 2).

Une coloration noire de la langue se voit accidentellement après ingestion de différents produits (régisse, mûres, encré, etc.). De même chez les fumeurs passionnés, l'épithélium de la langue peut s'hypertrophier et prendre une coloration noire. Dans la maladie d'Addison et chez d'autres tuberculeux, on peut trouver exceptionnellement sur la langue des taches noires. Toutes ces affections sont à distinguer de l'affection étudiée par Blegvad. La langue noire pileuse est caractérisée non seulement par la coloration, mais aussi par la formation de longs poils se développant par l'hypertrophie des papilles filiformes. Une langue semblable ressemble, d'après la comparaison de Raynaud, à une prairie couverte de brins d'herbe mouillés par la pluie et étalés de tous côtés. Blegvad compare une telle langue à un chien noir poilu mouillé, ou mieux à un chapeau haut de forme mouillé. D'après quelques auteurs, une telle langue pourrait se développer très rapidement. Dans une observation de Schmiegelow, une seule nuit aurait suffit. Blegvad, parmi les 10 cas qu'il a observés et dont il rapporte la relation, a également observé un développement rapide. Cette affection peut disparaître aussi vite qu'elle est venue. Quelquefois elle récidive, surtout si on applique le traitement généralement en usage, consistant en un curetage des papilles hypertrophiées.

L'opinion courante chez les médecins est qu'on a affaire à une affection parasitaire. Schmiegelow et d'autres auraient trouvé un parasite occasionnant et l'hypertrophie des papilles et la coloration noire. Telle n'est pas l'opinion de Blegvad. Il suppose que, sous l'action d'un irritant quelconque, glossite banale, affection du rhino-pharynx, troubles gastro-intestinaux, tabac, médicaments, surtout le mercure, les papilles filiformes normales très bien développées s'agrandissent. Ces papilles agrandies se colorent secondairement soit par l'ingestion des aliments, soit par le tabac, etc. Il n'est pas besoin de faire entrer en cause un processus spécial d'hyperkératinisation, ni un processus plus problématique encore de dégénérescence pigmentaire des papilles. Ainsi, d'après l'opinion de Blegvad, la langue noire ne diffère pas essentiellement de ce qu'on appelle la langue chargée. Elle en constitue peut-être une forme spéciale. Cette opinion explique aussi très bien pourquoi la langue noire n'est pas toujours noire, qu'elle peut être bleue, verte, vert foncé, gris jaunâtre et même simplement grise. Le traitement non chirurgical découle de cette pathogenèse. Tous les cauterisants, tous les curettages, tous les gargarismes antiseptiques

kératolisants, sont inefficaces. Le badigeonnage à l'eau oxygénée 10 p. 100 une ou plusieurs fois par jour est le meilleur traitement local joint à un traitement général étiologique (tabac, mercurialisation, cachexie, etc.). Une bibliographie très détaillée est ajoutée au travail.

LAUTMANN.

Sur la participation de la muqueuse dans l'hyperkératose de la peau. par SIEBENMANN (*Archiv f. Laryngol.*, Bd. XX, n° 4).

A propos d'un cas d'ichtyose avec participation des muqueuses du nez, du pharynx (analysé dans les *Annales*), Siebenmann reprend, dans un nouvel article, l'étude de la kératinisation des muqueuses en général. Rappelons que cette kératinisation des voies respiratoires supérieures se voit le plus souvent dans les affections suivantes : pachydermie du larynx, leucoplasie de la cavité buccale, hyperkératose de l'anneau adénoïde, mélanoglossie et les concrétions tonsillaires. Ces affections ne frappent que les muqueuses et laissent intact le tégument externe. Dans un autre groupe, la kératinisation se montre habituellement sur la peau et exceptionnellement sur les muqueuses. La plus connue de toutes les affections de ce groupe est le lichen plan rubaïre. Toutes les autres affections nous paraissent des cas exceptionnels, même pour les dermatologues, épidermolyse bulleuse, parakératose, même l'ichtyose généralisée, etc.

LAUTMANN.

Glossite ulcéreuse d'origine fuso-spirillaire. REYNÉS TOUR (*La Medicina de los Niños*, Barcelona, juillet 1907).

Fillette en traitement à la clinique pour une affection du genou. Entre dans ce même service un petit garçon avec une ulcération de la langue. Peu de jours après, la fillette est prise de frisson, fièvre, haleine fétide, anorexie, et présente à la langue une ulcération qui arrive aux dimensions de 2^{cm}.5 de longueur sur 8 de large, bords rouges. L'ulcération est recouverte par un enduit vert jaunâtre.

L'examen bactériologique accuse la présence de nombreux bacilles fusiformes et de spirilles. Cette association a été signalée par Vincent.

La contagion fut évidemment la cause de cette glossite.

Quelques collutoires ou biborate de soude et des badigeonnages avec une solution de sublimé et acide phénique eurent raison en quatre jours de cette lésion.

MOSSÉ.

L'ouverture de l'abcès péritonsillaire. par ARTHUR MEYER (*Berlin. klin. Wochenschr.*, n° 41, 1907).

L'ouverture de l'abcès péritonsillaire devrait se faire par la fossette supratonsillaire, à l'aide du crochet amygdalien. Cette méthode, recommandée par Ruault et par Killian, a été suivie par Meyer dans 400 abcès avec le meilleur résultat. L'ouverture de l'abcès est plus facile et plus sûre par cette voie que par l'incision usuelle du pilier antérieur, excepté quand le siège de l'abcès est derrière l'amygdale ou le pilier postérieur. Dans ces abcès (rares), il faut entrer avec le crochet ou entre le pilier postérieur et l'amygdale (Ruault), ou à travers la tonsille elle-même (Killian). Par cette méthode, on trouvera même les plus petits abcès. Comme le dit Killian, les malades se prêteront plus facilement au « sondage » de leur amygdale qu'à une opération au bistouri. Grünvald revendique pour cette méthode aussi une valeur de diagnostic différentiel, en disant que les abcès inattaquables par la voie supratonsillaire n'appartiennent pas à l'amygdale et prennent leur naissance ailleurs, au périoste dentaire par exemple. LAUTMANN.

Actinomycose de l'amygdale pharyngée. par ALAGNA (*La Pratica oto-rino-laringoiatrica*, déc. 1907).

L'auteur a noté la présence de grains d'actinomycose caractéristiques dans une des nombreuses amygdales pharyngées qui lui ont été données à examiner par le Dr Martuselli.

Ces grains, au nombre de quatre à cinq sur chaque coupe, occupaient tantôt le centre, tantôt la périphérie des follicules lymphatiques les plus voisins du revêtement épithéial. Cet épithélium, au niveau des grains d'actinomycose, se montrait généralement envahi par une infiltration leucocytaire diffuse.

L'amygdale pharyngée, dans laquelle l'auteur a noté ces lésions, appartenait à un enfant de 6 ans et ne montrait à l'examen microscopique aucune autre particularité digne d'être notée. Il ignore si l'amygdale seule était atteinte ou si d'autres organes présentaient des lésions analogues. M. BOULAY.

Contribntion à la séro-thérapie locale des processus diptériques. par BUGANI (*Bollettino delle Malattie dell'orecchio*, etc., déc. 1907).

Dans un traitement local de la diptérite, les bacilles disparaissent plus rapidement par l'emploi du sérum bivalent que par celui des

antiseptiques habituels, quelles que soient leur dose et leur durée d'application.

L'action locale du sérum bivalent est de beaucoup supérieure à celle du sérum antitoxique. Avant d'émettre un jugement définitif, il est prudent d'attendre un plus grand nombre d'exemples à la fois cliniques et expérimentaux, puisque c'est précisément du côté expérimental qu'il faut considérer la question, étant donnée la difficulté dans la pratique de pouvoir user localement soit du sérum antitoxique, soit du sérum bivalent.

Pour juger définitivement de la question, il y aura encore beaucoup à attendre du perfectionnement de la préparation du sérum antibactérien, puisque certains auteurs conseillent un sérum polyvalent, obtenu par la culture de bacilles diphtériques de provenance variée ayant entre eux des différences morphologiques et biologiques pouvant expliquer certaines variétés d'épidémie diphtérique.

Comme on ajoute dans le sérum antidiphétique bivalent préparé pour l'usage local de bons désinfectants des muqueuses (tricréosol, sozoiodol et essence de cannelle), on comprend pourquoi ce sérum agit très bien sur ces germes qui, seuls ou en symbiose avec le bacille diphtérique, s'implantent dans les fausses membranes et peuvent aggraver le processus, s'il s'agit de diphtérie. M. BOULAY.

Contribution à l'étude de la valeur diagnostique du rodane, par P. TONIETTI (*Archiv. ital. di otolog., etc.*, 1908, vol. XIX, fasc. I, p. 70).

L'acide rodanique est un composé sulfuré du cyanogène qui forme des sels avec le potassium, le sodium et l'ammonium, et des matières colorantes avec les oxydants faibles. Ses composés se rencontrent dans la salive à raison de 0,030 à 0,044 par litre; on les trouve également dans les sécrétions nasales et conjonctivales.

Les recherches de l'auteur sur le rodane à l'état normal et à l'état pathologique ont donné les résultats suivants.

Les rodanates de potasse et de soude se rencontrent en quantité très variable dans la salive des individus sains; leur mode de production est ignoré; il est probable qu'ils résultent d'échanges matériels normaux.

La présence ou l'absence de composés rodaniques dans la salive n'a pas de valeur diagnostique: elle est indépendante de toute affection de l'oreille ou des glandes salivaires ainsi que de toute maladie infectieuse ou dyscrasique.

On a prétendu que la présence de sulfocyanures dans la salive

détermine une plus facile décomposition des sels iodiques et facilite la pénétration brusque de l'iode libre dans le courant sanguin et, par conséquent, des phénomènes d'iodisme. Les expériences de l'auteur montrent que cette conception est erronée.

Les solutions au millième de rodonates de soude et de potasse n'ont aucune influence sur le développement des bactéries en général ; elles n'ont donc pas de pouvoir antiseptique.

Les sulfocyanures sont toxiques, même à petites doses, lorsqu'ils sont administrés par voie sous-cutanée ou intraveineuse ; ingérés avec la salive, ils sont bien supportés, sans doute parce que le suc gastrique acide détermine sur eux des décompositions et des combinaisons différentes de celles qui se produisent quand ils sont injectés directement dans le sang.

M. BOULAY.

Sur un signe des affections chroniques du pharynx, par CHAMPEAUX (*Revue hebdomad. de laryngol., otol. et rhinol.*, 29 fév. 1908).

Le signe de la nausée est le mouvement nauséux provoqué en abaissant profondément l'abaisse-langue dans l'arrière-gorge : il fait apparaître piliers, amygdales, granulations et vaisseaux, et fournit ainsi des renseignements importants dans les affections chroniques du pharynx.

A. HAUTANT.

Sur l'importance clinique des amygdales enflammées chroniquement, mais non hypertrophiées, par MUCK (*München. med. Wochenschr.*, n° 20, 1908).

Nombre de cas de paresthésie du pharynx doivent leur origine à un état inflammatoire des amygdales qui n'attire pas l'attention, parce que les amygdales ne sont pas hypertrophiées. Moritz Schmidt a montré que par la discussion de ces amygdales on peut retrouver des concrétions amygdaliennes. A la place de cette discussion, on avait recommandé l'expression des amygdales et en dernier lieu l'opération. Muck se sert depuis deux ans d'un aspirateur fort simple, rectiligne, qu'il emploie constamment pour l'examen du pharynx. Grâce à cet appareil, il est arrivé à guérir chez deux malades un rhumatisme articulaire, qui probablement était dû à une infection chronique des tonsilles. L'appareil se trouve chez Pfau (Berlin).

LAUTMANN.

Tumeurs fibreuses du naso-pharynx, par SHEPPEGRELL (*Revue hebdomadaire de laryngol., otol. et rhinol.*, 23 fév. 1908).

L'auteur procède à l'ablation des polypes naso-pharyngiens à l'aide d'une simple anse froide. Le serre-nœud, qu'il emploie également pour l'ablation des amygdales palatines, est fait sur le principe de l'anse de Wright, avec un long levier actionné par la main. La canule est courbe.

Il anesthésie le pédicule à la cocaïne et à l'adrénaline. En général, il fixe l'anse par la bouche. Il serre très lentement : deux heures dans un cas. Cela ne l'empêche pas d'avoir des hémorragies secondaires, quelques heures après, contre lesquelles il lutte par un tamponnement postérieur.

Récidives fréquentes, qui peuvent être diminuées, mais non supprimées par une cautérisation complète de la base d'implantation de la tumeur.

A. HAUTANT.

Abcès périostique juxta-amygdalien ou odontogène, par E. ESCAT (*Archiv. intern. laryngol.*, n° 4, 1908).

Cette périostite, localisée à la face interne de la branche montante du maxillaire, est une affection, dont l'auteur a observé une quinzaine de cas, qui mérite une description spéciale, car il est utile de la distinguer des adénophlegmons sous-angulo-maxillaires et des périamygdales phlegmoneuses. Elle succède à une infection alvéolaire partie de la dent de sagesse inférieure en éruption ou cariée, ou de la deuxième grosse molaire, et s'accompagne, à la période d'état, d'une triade symptomatique : dysphagie, trismus et douleurs pharyngo-maxillo-linguaes.

Pour inciser l'abcès par la voie buccale, le lieu d'élection est la région rétro-molaire inférieure, par la voie cutanée, au voisinage de l'angle, lorsque la première incision est impraticable ou lorsque la collection a fusé dans la région sous-angulo-maxillaire.

M. GRIVOT.

Abcès rétro-pharyngés, par GOLDHSEIN (*Revue hebdomadaire de laryngol., otol. et rhinol.*, 18 janv. 1908).

Trois observations d'abcès rétro-pharyngiens. Le premier cas a trait à un phlegmon de la gorge, chez un enfant de deux mois, diagnostiqué par le médecin abcès périamygdalien et qui était en réalité un abcès rétro-pharyngé.

Cas II: enfant de 6 mois. On avait cru à une tumeur; une biopsie

fut faite ; l'anatomopathologiste répondit lymphosarcome. En réalité, c'était un phlegmon rétro-pharyngé.

Cas III : enfant de 9 mois, syncope et asphyxie. Trachéotomie sous cocaïne. Examen du pharynx, tuméfié, mais non fluctuant. Incision. Vaporisations de teinture de benjoin, sur lesquelles l'auteur insiste contre la broncho-pneumonie des trachéotomisés. Pendant plusieurs jours, après l'ablation de la canule, troubles de la voix.

L'auteur insiste sur l'erreur de diagnostic entre abcès périamygdaлиens et rétro-pharyngés, la fréquence chez les tout jeunes probablement par activité inaccoutumée de l'appareil lymphatique pharyngé, l'incision simple par un bistouri avec dilatation à l'aide de pinces à pansement utérin et le tout fait en position de Rose.

A. HAUTANT.

Sur les abcès rétro-pharyngiens d'origine otique, par G. ALAGNA
(*Achirii italiani di Laringologia*, janv. 1908, fasc. 4, p. 4).

Les abcès rétro-pharyngiens dépendant d'affections de la caisse tympanique sont assez rares. Quelques auteurs ont voulu attribuer leur éclosion aux seules otites moyennes aiguës, mais on a pu observer que ces abcès (rarement il est vrai) pouvaient résulter également d'une suppuration chronique. Les voies suivies par le pus pour arriver dans la loge rétro-pharyngée sont diverses et dépendent de conditions anatomiques mal établies. Dans un cas de Ressel, le pus, après avoir traversé le *teymen tympani*, atteignit la fosse crânienne moyenne, et de là s'écoula par en bas à travers les trous ovale et rond. Ce cas est d'ailleurs unique.

La communication avec le pharynx est de beaucoup plus fréquente.

Pour Kien, la voie la plus habituelle est le plancher de l'antre par l'intermédiaire d'une ostéomyélite.

Dans d'autres cas, le pus peut atteindre le pharynx à travers le travers le *semicanalis tensoris tympani*.

De toute façon on ne doit pas oublier que l'infection peut aussi se faire par la voie lymphatique. Dans un travail précédent, l'auteur a démontré que les lymphatiques de la membrane tympanique et de la caisse sont en communication avec ceux du pharynx. Cette condition anatomique fait comprendre comment, étant donné un foyer purulent de la caisse et lorsque la virulence des germes s'est exaltée, l'infection peut se propager à la loge pharyngée à travers les vaisseaux lymphatiques sans qu'il s'ensuive nécessairement une destruction osseuse.

Telle est, d'après Alagna, la genèse de l'abcès rétro-pharyngien dans le cas suivant : au cours d'une otite aiguë paracentésée chez un enfant de 7 ans, la température remonta subitement à 40°.

Bien que l'ouverture tympanique parût suffisante, tout faisait craindre quelque complication pneumonique. Il y avait une tuméfaction marquée de la paroi postérieure du pharynx : le doigt constata l'existence d'une collection purulente en rapport direct avec l'affection de la caisse.

En effet, en comprimant le pus, on remarquait un écoulement purulent de l'oreille.

L'abcès incisé, après aspiration préalable, la température resta encore élevée pendant une douzaine d'heures, mais descendit peu à peu jusqu'à 36°,6, et se maintint ensuite toujours au-dessous de 37°.

Guérison complète de l'affection otique et de l'abcès rétro-pharyngien au bout de vingt jours.

On peut en conclure :

1^o Que l'abcès rétro-pharyngien peut (rarement il est vrai) résulter d'affections aigües de la caisse.

Son éclosion à la suite d'affections chroniques est pour le moins douteuse ;

2^o Que l'apparence pneumonique de la courbe fébrile dans l'otite moyenne aiguë n'est pas exclusivement le fait caractéristique d'une complication pneumonique, car elle peut aussi s'observer dans le cas d'abcès rétro-pharyngien ;

3^o Que la méthode opératoire la meilleure est, dans la grande majorité des cas, la méthode classique, c'est-à-dire l'ouverture par la voie buccale.

M. BOULAY.

Les tumeurs vasculaires du pharynx et du larynx. par Voigt
(*Zeitschr. f. Laryngol.*, Bd. I, n° 4).

Il est question, dans cet article, seulement de l'angiome simple et de l'angiome caverneux, avec de larges emprunts à un article de Brown Kelly paru sur la même question dans le journal de Mourre (1906). En terminant, l'auteur rapporte la description d'un angiome caverneux observé chez une malade qui, chose curieuse, a guéri dans l'espace de trois semaines d'une névrite rétro-bulbaire avec cicatrisation complète de l'œil gauche. Quant à l'angiome caverneux, il occupait en même temps le pharynx et le larynx et a grandi pendant l'observation. LAUTMANN.

Valeur pratique de l'œsophagoscopie, par ERNESTO BOTELLA
(Boletin de laringología, otología, mai 1908).

Que l'œsophagoscopie soit un merveilleux moyen d'exploration et de diagnostic pour certaines maladies et une méthode incomparable pour la recherche et l'extraction des corps étrangers, cela ne fait de doute pour personne. Il n'en est pas moins intéressant de noter, au fur et mesure, toutes les observations originales qui viennent étayer la valeur pratique de la méthode. A ce titre, les observations présentées par Ernesto Botella, au second Congrès espagnol de chirurgie, méritent d'être résumées ici :

1. *Sténose cicatricielle de l'œsophage. Esophagoscopie et fibrolysine.* — X..., 17 ans, natif de Cuidad-Real, avale, le 15 avril 1907, une solution de soude caustique, à la place d'un purgatif qu'il voulait prendre. En quelques jours, la difficulté à la déglutition se manifeste, et le 23 juin, lorsqu'il se présente à Botella, il ne peut plus avaler que des liquides et encore en toute petite quantité.

Œsophagoscopie. — Sous légère anesthésie à la cocaïne et en position de Rose, introduction d'un tube de 9 millimètres, la paroi gauche de l'œsophage a perdu sa couleur rosacée; une bande blanchâtre de tissu cicatriciel de 4 centimètres de largeur la parcourt sur une étendue de 6 centimètres pour former à son extrémité, à 20 centimètres de l'arcade dentaire, un rebord cicatriciel en forme d'anneau ou de diaphragme, faisant relief sur la paroi œsophagienne. Le rétrécissement est d'ailleurs franchissable, en forçant un peu, et, une fois franchi, on aperçoit une nouvelle bande de 4 centimètres de longueur pour 1 de large, sur la paroi antérieure. Cette bande se termine par un cul-de-sac irrégulier formé par des bourrelets de tissu cicatriciel plus ou moins saillants et obturant complètement l'œsophage. Toutefois avec de la cocaïne et de l'adrénaline, on arrive à apercevoir un petit orifice à droite, dans lequel pénètrent un stylet mousse et un porte-coton très fin. L'obstacle passé, la voie est libre. Dans des explorations successives, à défaut de cathéter œsophagien assez fins pour passer à travers le tube, on emploie une sonde urétrale de calibre 7, qui est fixée à demeure après retrait du tube.

Le traitement fut suivi d'excellents résultats, puis marqué par un temps d'arrêt. L'auteur eut alors recours, en même temps qu'à l'œsophagoscopie, à la fibrolysine, qu'il considère comme plus active que la thyosinamine ; douze injections de fibrolysine, qui alternèrent avec autant de séance d'œsophagoscopie ; quelques jours plus tard,

on constata que le rétrécissement était moins difficile à franchir, et petit à petit on put augmenter le calibre des cathéters, jusqu'au n° 10 qu'on passait sans secours du tube.

Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Israi, dans lesquels 9 malades atteints de sténoses cicatricielles furent soumis à l'action de la thyosinamine : si cet agent ne produisit pas la guérison immédiate, tout au moins facilita-t-il singulièrement la dilatation à la sonde.

II. *Sténoses spastiques de l'œsophage.* — La contraction musculaire de l'œsophage peut produire une sténose capable d'arrêter le passage des aliments solides et même des liquides. Dans ces cas, — il s'agit d'hystériques, — l'œsophagoscopie agit d'un côté localement, en domptant la contraction par la fatigue et en lui faisant succéder la résolution musculaire, mais aussi par l'appareil qui l'entoure et qui est hautement suggestif à l'esprit de ces malades.

PREMIÈRE OBSERVATION. — *Henriette S...*, 30 ans, hystérique, prétend avoir avalé dix jours auparavant un corps étranger, sans avoir présenté à n'importe quel moment ni gêne, ni douleur, ni suffocation. Ne peut avaler que les liquides. Radioscopie négative.

Sous anesthésie à la cocaïne, on essaie d'introduire un tube œsophagoscopique ; mais à peine l'a-t-on insinué dans le vestibule qu'il est rejeté et expulsé. Après anesthésie soigneuse de la bouche œsophagienne, un tube de 9^{m.m.}.25 de longueur est introduit non sans peine ; mais, une fois en place, il parcourt sans obstacle l'œsophage. Détail à retenir. On est obligé de fortement assujettir le tube pour l'empêcher d'être expulsé par la contraction musculaire.

Dès la première séance, la malade avale toute espèce d'aliments. Une grosse sonde est introduite dans son œsophage, pour lui démontrer l'absence de tout obstacle.

III. *Sténoses œsophagiennes extrinsèques ou par compression inflammatoire ou néoplasique.* — *Abeès périœsophagien diagnostiqué par œsophagoscopie.* — *J. R...*, 45 ans, est pris à table, mangeant de la poule au riz, d'un accès de suffocation intense et de douleur dans le cou, après avoir probablement avalé par mégarde un fragment d'os enrobé dans le riz. Le soir même, un médecin pratique sur lui des manœuvres avec une sonde d'abord et un panier de Graefe ensuite, sans autre résultat que de provoquer hémorragie et douleur. Aussitôt après, frisson et fièvre, qui, après avoir duré trois ou quatre jours, fit place à un noyau induré du

côté gauche du cou, 'noyau qui s'enflamme non sans s'accompagner de douleurs. Déglutition pénible.

Examen. — Tuméfaction douloureuse, du volume d'une noix, à la partie moyenne du sterno-cléido-mastoïdien gauche et au-dessous de son bord antérieur; la tête est inclinée du même côté. Mouvements douloureux. Aryténoïdes, le gauche surtout, infiltrés. Radioscopie reste douteuse.

Sous anesthésie à la cocaïne, et en position de Rose, introduction d'un tube œsophagoscopique de 12 millimètres; au-dessous du cricoïde, la muqueuse de la paroi gauche est tuméfiée, infiltrée, formant un gonflement en forme de poire qui bombe dans l'intérieur du tube, obturant presque la lumière et empêchant la progression du tube dans l'œsophage. Un tube de 9 millimètres franchissant l'obstacle, au-dessous duquel la voie est complètement libre; chaque fois que le tube passe sur la région tuméfiée, la douleur s'éveille. Au stylet mousse, la région offre une sensation pâteuse et quelque peu élastique. Diagnostic œsophagoscopique : abcès périœsophagien du côté gauche, qui, en appuyant sur la paroi, rend la déglutition difficile.

Opération. — Malade en position d'œsophagotomie. Chloroformisation mouvementée, l'abcès comprimant incontestablement le larynx. Incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, qui est rejeté en dehors avec l'écarteur. Le paquet vasculaire isolé, on incise l'aponévrose moyenne, dans sa partie supérieure, donnant ainsi issue à deux grosses cuillerées d'un pus épais et fétide.

Désinfection de la cavité abcédée, drainage et suture des bords de la plaie. L'œsophage a été respecté. Guérison en quatre jours.

Cancer de l'œsophage. — Femme, 60 ans, cachectique, teinte subictérique, déglutition difficile, possible seulement pour les liquides et accompagnée de douleurs irradiées.

Œsophagoscopy. — Elle permet devoir à 25 centimètres de l'arcade dentaire une masse blanchâtre, analogue à du lait caillé, tapissant une exulcération de la paroi antérieure, saignante et douloureuse au contact. Le reste de l'œsophage est normal. Cette ulcération, qui s'accompagne de sténose spasmodique et de douleurs irradiées, est bien un cancer à sa première période. Diagnostic confirmé par l'évolution de la maladie.

Si, dans les cas qui viennent d'être rapportés, l'œsophagoscopy a rendu d'inappréciables services pour le diagnostic et le traitement, il faut reconnaître que c'est surtout dans la recherche et l'ablation des corps étrangers qu'elle se manifeste comme une méthode

incomparable. Sans doute, avant l'ère de l'œsophagoscope, on a pu retirer des corps étrangers de l'œsophage, mais quel chirurgien s'armait-il sans terreur, à la pensée des complications parfois redoutables possibles d'un panier de Gräfe ou d'un crochet de Kirmisson pour pratiquer dans cet œsophage des manœuvres, sinon brutales, tout au moins aveugles! Avec l'œsophagoscopie, on a l'immense avantage de voir et de savoir ce qu'on fait : pinces et crochets ne sont maniés que sous le contrôle de la vue, et, si le procédé a pu échouer, car en médecine il n'y a ni procédé infaillible, ni panacée universelle, toutefois il a démontré quand même l'absolute innocuité de la méthode.

Grâce à l'œsophagoscopie directe, Botella a pu rapporter 43 cas d'ablation de corps étranger : savoir deux appareils dentaires prothétiques, cinq pièces monnaies, une aiguille, un débris de viande et quatre débris d'os. Deux de ces cas méritent d'être rapportés ici, à cause de leur intérêt.

I. *Appareil dentaire prothétique logé dans l'œsophage. — Ablation par œsophagotomie.* — Femme de 49 ans avalé, pendant son sommeil, un râtelier composé des deux incisives supérieures. Elle se réveille aussitôt avec un accès de suffocation, d'assez courte durée, et comme elle peut ensuite déglutir solides et liquides, elle pense que l'appareil est tombé dans l'estomac. Trois jours plus tard, les douleurs apparaissent avec gêne des mouvements du cou et impossibilité absolue d'avaler. Plusieurs tentatives d'extraction, sans aucun résultat. Puis ces phénomènes s'atténuèrent quelque peu, mais ils gênent encore tellement la malade que, après avoir patienté pendant quelques jours, elle se décide à venir consulter Botella.

Au premier examen pratiqué avec un tube de 9 millimètres, le corps étranger apparaît à 24 centimètres de l'arcade dentaire : la muqueuse environnante est enflammée et saigne au moindre contact. La pièce dentaire étant profondément enclavée et toutes les tentatives d'extraction et de mobilisation ayant échoué, l'expérience est suspendue.

Entre temps, la radiographie montre que le corps étranger avait des dimensions bien supérieures à celles qu'on lui supposait et qu'il est pourvu de griffes dont n'avait pas parlé la malade.

Le lendemain, nouvelle œsophagoscopie infructueuse. Le crochet mousse accroche bien la pièce, mais n'arrive pas à la mobiliser. En raison des lésions constatées d'œsophagite et de périœsophagite, Botella se décide à faire l'œsophagotomie séance tenante. Incision le long du bord supérieur du sterno-cléido-mas-

toïdien, section de l'aponévrose et de l'omo-hyoïdien, isolement du paquet vasculo-nerveux; les parois de l'œsophage sont infiltrées au point que la sensation du corps étranger échappe au doigt. Incision au-dessous du récurrent et au niveau du tubercule de Chassaignac (sixième vertèbre cervical); l'incision est prolongée après avoir reconnu à la sonde la cavité œsophagienne jusqu'à ce que le bistouri heurte le corps étranger. Après avoir détaché des griffes de la paroi à laquelle elles adhèrent par un magma grisâtre, l'appareil est libéré par un mouvement de bascule exécuté avec une pince à pression. Désinfection du champ opératoire, pansement, guérison.

Remarque : la marche de la cicatrisation a été surveillée à l'œsophagoscopie. Au cours d'un des examens, alors que l'œsophage était cictré et la plaie extérieure fermée, on vit apparaître des adhérences cicatrielle de la paroi œsophagienne aux tissus immédiats, et, comme il y avait là une cause possible de sténose, on cathétéra la sonde jusqu'au retour parfait de la perméabilité et du calibre de l'œsophage.

II. Monnaie de cinq centimes arrêtée transversalement dans l'œsophage. Oœsophagoscopie et œsophagotomie. Mort au huitième jour.
— Un enfant de 5 ans, atteint de coqueluche, avale un sou et subit plusieurs tentatives infructueuses d'extraction. La radiographie assigne comme siège à cette pièce de monnaie le niveau du premier ou du deuxième anneau trachéal.

Vingt-deux jours plus tard, l'enfant est présenté à Botella, qui, sous chloroforme, tente de faire une exploration œsophagoscopique. Il constate, à 12 centimètres de l'arcade dentaire, un obstacle infranchissable, formé par un bourrelet de muqueuse très injectée, à travers laquelle et avec un stylet on touche un corps dur et qui doit être la monnaie, placée juste à l'endroit indiqué par la radiographie. Plusieurs tentatives sont renouvelées, mais aucune ne permet d'atteindre le corps étranger.

Devant l'insuccès de ces manœuvres, force est de recourir à l'œsophagotomie externe. Chloroformisation mouvementée, deux syncopes respiratoires. Le sou est fixé au niveau de la sixième vertèbre cervicale, en position transverse, presque horizontale.

Les suites opératoires furent troublées par de violents accès de toux pendant lesquels l'enfant vomissait à travers la fistule œsophagienne, souillant ainsi son pansement et faisant sauter les points de suture. Au quatrième jour, l'enfant arrache la sonde à demeure qui sert à l'alimenter; il faut introduire, et on y arrive non sans difficulté, une nouvelle sonde par le nez; on constate en passant

que le bourrelet muqueux sur lequel venait heurter le tube ne s'est pas encore complètement réduit.

Au huitième jour, l'enfant a deux accès de toux, si violents, que dans le premier il devient complètement cyanosé et qu'il meurt dans le second, survenu quelques heures plus tard. MOSSÉ.

Trois cas graves de spasme de l'œsophage. par RICARDO BOTEY
(*Archivos de laryngología, etc.*, Barcelone, août 1908).

Il est de notion courante que le spasme fonctionnel du pylore peut exister en dehors de toute lésion de l'estomac. Bien rarement au contraire, on a l'occasion de voir le spasme du cardia. Dans un espace de dix ans, et sur 200 malades traités pour des affections de l'œsophage, Botey ne l'a rencontré que six ou sept fois. Sur ce nombre, deux cas empruntent soit à leur gravité, soit à leur histoire, soit à l'usage opportun de la méthode œsophagoscopique, un intérêt digne de nous arrêter.

PREMIER CAS. — Concerne une femme de 33 ans, revendeuse au marché. Cette malade avait éprouvé cinq ou six ans auparavant les plus grandes difficultés à avaler. Il avait fallu cathétérer à diverses reprises son œsophage, et ce n'avait pas été sans peine. On avait à ce moment soupçonné soit un néoplasme à sa première période, diagnostic qui fut démenti par la suite, soit des manifestations tertiaires de la syphilis, diagnostic resté possible puisqu'elle avait guéri après deux ou trois semaines de traitement hydrargyrIQUE.

Un an plus tard, les mêmes accidents se reproduisent, mais cette fois ils sont moins marqués; la sonde œsophagienne passe sans difficulté, et la malade guérit seule, sans traitement.

Cinq ans après, elle se présente à la clinique de Botey et raconte qu'elle a gloutonnement avalé, il y a deux jours, un pépin d'orange, et qu'elle est depuis dans l'impossibilité la plus absolue d'avaler soit des solides soit des liquides.

Séance ténante, on essaie de passer une fine bougie œsophagienne, qui s'arrête à 32 ou 33 centimètres de l'arcade dentaire, devant un obstacle infranchissable. Ni les bougies ni les olives les plus fines ne peuvent vaincre cette résistance, sans péril pour la malade.

Le lendemain, nouveaux et inutiles essais. Afin de tirer la chose au clair, on lui propose l'œsophagoscopie, à laquelle elle refuse de se soumettre.

Cinq jours plus tard, elle revient amaigrie et sans aucune force. En effet, durant ces cinq jours, elle n'a pu avaler quoi que ce soit, et elle souffre encore plus de soif que de faim. Cette fois, elle

accepte l'intervention, et, non sans peine, Botey parvient à passer un tube de 10 millimètres sur 35.

Après avoir évacué avec la poire aspiratrice de Killian environ 100 grammes de liquides et de résidus solides, il trouve, à 25 centimètres environ de l'arcade dentaire, une cavité œsophagienne, extraordinairement dilatée en forme de fusain. La muqueuse a une coloration normale, sauf au niveau de l'hiatus diaphragmatique, où le conduit œsophagien forme un cul-de-sac sur lequel vient heurter le bec de l'instrument. La muqueuse est, en ce point, rouge, desquamée et sensible au contact du porte-coton.

A la périphérie de ce cul-de-sac et à droite, on voit une série de plis étoilés qui correspondent à l'ouverture de communication avec l'estomac. Cet orifice, il est nécessaire de le chercher pour le trouver, car il est tout à fait en dehors de la direction normale et tout à fait près du bord du tube.

Sous l'action de la cocaïne, la contracture cède en quelques minutes et le petit orifice excentrique et étoilé se transforme en une fente irrégulière et dépressible à travers laquelle on peut tout aussitôt faire passer une sonde œsophagienne de 6 millimètres, à travers laquelle il est facile de faire passer du lait, du café, du cacao et des jaunes d'œufs.

Le jour suivant, nouvelle œsophagoscopie. Le sphincter du cardia est fortement cocainé, et, à travers une sonde de 7 millimètres introduite sans difficulté, on sert à la patiente un repas composé de lait, de café, d'œufs battus, d'extrait de viande et de farine lactée.

A partir de ce moment, la guérison est complète, et l'alimentation de toute espèce d'aliments liquides ou solides est possible.

Dans un dernier examen, Botey trouve un œsophage normal, avec un sphincter légèrement relâché, puisqu'il livre facilement passage à une sonde n° 36, soit de 42 millimètres.

DEUXIÈME CAS. — Concerne un commerçant de 27 ans âgé de paresthésie pharyngée, de phagophobie (peur d'avaler) et de spasme du cardia. La sensation de gêne dans le pharynx est exagérée sous l'influence de la cocainisation locale (signe de Botey). Les sondes et bougies œsophagiennes sont arrêtées, même les plus fines, à 34 centimètres de l'arcade dentaire.

Il s'agit d'un névropathe anxieux, émotif, psycho-asthénique, avec affaissement de la tension nerveuse, chez lequel la paresthésie pharyngée est due à un trouble fonctionnel du centre cortical du pharynx ; cette paresthésie a déterminé la phagophobie et enfin le spasme des fibres du cardia.

Ce malade fut perdu de vue : il relevait certainement de la psycho-

thérapie, et chez lui la suggestion aurait pu entraîner la guérison sans œsophagoscopie et sans cathétérisme.

TROISIÈME CAS. — Malade de 58 ans, de tempérament impressionnable à l'excès, a éprouvé, quatre mois avant de consulter Botey, une certaine gêne pour avaler sa salive et les aliments. Peu à peu, elle s'est elle-même condamnée à la diète lactée en raison de la difficulté qu'elle éprouve, dit-elle, à ingérer des solides. A ce régime, la malade ne pouvait que se cachectiser, d'autant qu'elle avait complètement perdu l'appétit, qu'elle n'éprouvait ni besoin de manger, ni besoin de boire, et restait indifférente devant sa pâleur et son amaigrissement effrayant.

Cette anorexie psychopathique, sans vomissements ni troubles digestifs, avec sensation de gêne dans le pharynx et constriction de l'œsophage et impossibilité de s'alimenter, ne révélait-elle pas une psychonévrose voisine de la vésanie? Il fallait donc agir par suggestion et mettre dans le cerveau de la malade l'idée de se nourrir.

Il fut, dès le premier essai, possible de franchir la résistance du cardia et de passer une sonde œsophagiennne 18, par laquelle on introduit, séance tenante, un demi-litre de lait, 100 grammes de café et six jaunes d'œufs battus dans un vin généreux. Les jours suivants, on employa encore la sonde, pour alimenter la malade; mais peu à peu on put obtenir le retour à l'alimentation par voie normale.

Réflexions. — Le spasme du cardia peut être violent, non seulement au point d'empêcher l'alimentation du malade, et par suite de mettre l'existence en péril, mais aussi jusqu'à empêcher le passage des plus fines bougies. L'œsophagoscopie a l'avantage de préciser à la fois le diagnostic, de permettre l'anesthésie locale et l'introduction d'une série de bougies qui, appliquées au point de moindre résistance à l'effort du cardia contracturé, peuvent avoir raison de cette imperméabilité.

Le spasme du cardia peut être accompagné de symptômes de neurasthénie aiguë avec phobie de la déglutition et anorexie mentale.

Dans les sténoses organiques, la dysphagie est progressive; dans le cardio-spasme, elle est au contraire brusque; elle augmente, diminue, disparaît et reparait. La psychasthénie est la cause première des spasmes du cardia.

Dans la majorité de ces cas, il y a vomissement et régurgitation des aliments aussitôt après ingestion.

Grâce à l'œsophagoscopie, on peut constater la dilatation de

l'œsophage au-dessus de l'hiatus du diaphragme. Les malades n'ont aucune conscience du siège de l'obstacle ; les sensations éprouvées par eux sont plutôt vagues : gêne dans le pharynx, angoisse, anorexie.

La sonde œsophagienne peut permettre de s'assurer de l'existence du spasme ; mais, quand celui-ci est violent et de date déjà un peu ancienne, le bec de la sonde vient heurter le cul-de-sac formé par la dilatation de l'œsophage ; impossible d'aller plus loin.

L'œsophagoscopie permet de différencier le spasme du cardia des autres lésions de l'œsophage et des néoplasies malignes en particulier. Cependant il peut y avoir confusion dans la période de début, lorsqu'il n'y a ni ulcération, ni fongosités, et que tout se borne à l'infiltration et à la rigidité des parois. Tenir compte alors des plissements de la muqueuse dans les cas de spasmes et tenir également compte que, dans les cas de cancer, l'occlusion du sphincter du cardia n'est pas aussi parfaite.

La confusion du spasme avec une compression extérieure de l'œsophage accompagnée de spasme est possible. Si, en même temps que le spasme, on constate une poche convexe, formant relief, animée de mouvements pulsatiles isochrones aux pulsations de l'artère radiale, il faut immédiatement retirer le tube.

En résumé, il existe une affection qui peut être grave : c'est le spasme du cardia ; son diagnostic est clair avec l'œsophagoscopie et son traitement efficace avec le cathétérisme.

Celui-ci peut être effectué « à l'aveuglette » dans les cas légers, mais l'introduction préalable du tube œsophagoscopique est nécessaire lorsque la contracture est complète, car dans ces cas l'œsophage forme un cul-de-sac dans lequel va heurter le bec de la sonde.

Mossé.

La valeur de l'œsophagoscopie pour le diagnostic et le traitement des corps étrangers avalés, par STARCK (*Zeitschr. f. Laryng.*, Bd. I, n° 1).

Starck, auquel on doit un livre sur l'œsophagoscopie, recommande chaleureusement dans cet article l'œsophagoscopie de préférence à tous les autres procédés destinés à reconnaître et à extraire les corps étrangers de l'œsophage. Il est à craindre que cet appel ne soit pas entendu avant longtemps, car d'abord, l'œsophagoscopie chez les enfants, qui constituent le plus grand nombre (sur les 4 nouveaux cas rapportés par l'auteur, 3 concernent des enfants) des malades chez lesquels on trouve des corps étrangers,

demande la narcose générale, ce qui est évitable quand on se sert des crochets, du panier de Grafe. De plus l'oesophagoscopie demande des instruments dont un type universellement accepté n'est pas encore construit. Sur les trois derniers modèles dus à Brünings, Kampmann, Schötter, l'auteur n'a pas d'expérience personnelle, nous semble-t-il, continuant toujours l'emploi des premiers modèles avec éclairage frontal.

LAUTMANN.

La dilatation idiopathique de l'œsophage, par A. HUBER (*Correspondenz Blatt f. schweiz. Ärzte*, n° 4, 1908).

Jusqu'à présent, on a considéré la dilatation idiopathique de l'œsophage comme une maladie très rare. Dans ces dernières années, on signale rien qu'en Suisse 3 nouveaux cas, et Huber nous en apporte 2 autres. Quant à l'étiologie, Huber s'associe à Kraus, qui croit l'affection sous la dépendance d'une paralysie des rameaux œsophagiens du pneumogastrique. Diagnostic et traitement sont très bien indiqués dans les 2 observations de Huber.

OBSERVATION I. — Homme de 52 ans a eu, à l'âge de 45 ans, des sensations de brûlures dans l'œsophage. À l'âge de 40 ans, il avait une sensation de plénitude dans l'estomac, comme si ses vêtements le serreraient de trop, surtout quand il était penché sur un livre. Bientôt des douleurs irradiantes dans les épaules s'y ajoutaient ; le malade avait une sensation de brûlure, de déchirement, paraissant le matin brusquement pour disparaître au bout d'un quart d'heure, quelquefois un peu plus tard, après quelques éructations. Pendant la déglutition, le malade avait l'impression de l'arrêt des aliments, avec sensation d'étouffement et sueur sur le front. Au bout de quelques minutes, le passage devenait libre. Parfois, à ce moment, le malade vomissait quantité de mucosités spumeuses. Avec ces interruptions, le malade pouvait terminer un repas. Peu d'amai-grissement, pas de mucosité. État général normal. La sonde glisse facilement dans l'estomac. Le diagnostic d'ectasie de l'œsophage paraissait net. Huber institue l'expérience suivante. Il fait boire au malade un tiers de litre de cacao ; une heure plus tard, un quart de litre de lait ; quelques minutes après, il introduit un tube œsophagien et ramène de l'œsophage un verre plein de lait ; ensuite il introduit le tube presque dans l'estomac et ramène un demi-verre de cacao. Le traitement a consisté en l'alimentation par la sonde et faradisation de l'œsophage. Une à deux fois par mois, des lavages de l'œsophage. Le malade se porte très bien.

OBSERVATION II. — *E. St...*, âgé de 20 ans. La maladie a commencé il y a neuf ans; il ressent pendant les repas une pression derrière le sternum allant jusque dans le dos. Palpitations et dyspnée. Le malade à la sensation que les aliments s'arrêtent dans l'œsophage. Il fait tous les efforts, grotesques comme il le dit, pour faire avancer les aliments. Les solides avalés, il doit ingurgiter jusqu'à 1 litre de liquide pour faire tomber le tout dans l'estomac. Un bruit perceptible pour l'entourage l'informe de ce fait. Le surplus du liquide peut être rejeté simplement en se penchant en avant. Parfois, si les aliments ne descendent pas, le malade vomit des quantités de mucosités. État général bon, amaigrissement pas trop rapide; le bruit de déglutition physiologique manque complètement. L'examen radioscopique a permis de vérifier le diagnostic posé de dilatation idiopathique de l'œsophage, l'actinogramme est des plus caractéristique (fig. dans le texte). L'examen œsophagoscopique a été très facile; on n'a jamais vu une véritable lumière et l'œsophage pendant l'examen. Devant l'ouverture du tube, la muqueuse était pliée; elle paraissait plutôt pâle. Le cardia ne paraissait pas en constriction spastique ni chez ce malade, ni chez le premier. En terminant, Huber recommande tout particulièrement l'examen par les rayons X pour le diagnostic différentiel entre la dilatation de l'œsophage et le diverticule, en opposition avec Rosenheim, qui ne lui attribue qu'une valeur secondaire.

LAUTMANN.

Contribution à l'extraction des corps étrangers de l'œsophage,
par HECKER (*Münch. med. Wochenschr.*, n° 42, 1907).

Des 5 observations publiées dans cet article, la suivante est particulièrement instructive.

Une domestique de 23 ans avale pendant son repas, le 18 mars 1906, une prothèse dentaire portant les deux incisives supérieures droites. L'examen aux rayons X fait le jour même reste négatif; de même l'examen à la sonde fait le lendemain. L'état de la malade devient très mauvais: difficulté de la déglutition et douleurs, quinte de toux, expectoration de mucosités sanguinolentes; la malade est examinée pour la première fois dans le service du Friedrich quatre mois plus tard, le 16 juillet 1906. Elle est enceinte de huit mois, présente une respiration stridoreuse. A l'examen laryngoscopique, corde droite légèrement rouge, de même l'entrée du larynx, rouge. Quintes de toux chaque fois que le malade essaye d'avaler quelque chose; des aliments solides ne passent pas.

Examen aux rayons X montre une ombre devant la quatrième vertèbre dorsale. L'œsophagoscopie sous cocaïne est facile et montre la prothèse à une distance de 22 centimètres, là où l'œsophage croise la bronche gauche. Des essais d'extraction faits pendant quarante minutes échouent. La malade supporte bien la séance.

Le 26 juillet 1906, œsophagostomie externe. Incision de l'œsophage sur sonde jusque dans l'entrée du thorax. Le doigt arrive sur la prothèse, qui est fortement enclavée et ne céde pas à la traction d'une pince. Après avoir sectionné en deux la prothèse, l'extraction réussit.

Le 29 juillet 1906, sécrétion fétide, purulente ; état général bon ; alimentation par la sonde introduite à travers la plaie.

Le 2 août 1906, accouchement normal.

Le 4 août 1906, pneumonie sous l'aisselle gauche.

Le 6 août 1906, gangrène dans le foyer pneumonique. On procéde à la gastro-entérostomie (probablement gastrostomie) pour exclure l'œsophage et la fistule trachéo-œsophagiennne.

Le 8 novembre 1906, la fistule trachéo-œsophagiennne est guérie ; la malade se nourrit *per os*.

Ce cas montre la haute valeur de l'œsophagoscopie pour le diagnostic. Quant à l'extraction du corps étranger, la voie naturelle a été essayée, mais a dû céder la place à l'œsophagotomie, des essais prudents d'extraction par le tube ayant échoué. Le long séjour du corps étranger dans l'œsophage a provoqué une fistule trachéo-œsophagiennne diagnostiquée par le fait que, après chaque introduction d'aliments, la malade a été prise de quinte de toux. Cette complication grave a été vaincue par l'élimination de l'œsophage dans l'acte de l'alimentation et, au lieu de continuer l'alimentation de la malade par la sonde œsophagiennne, qui, par l'œsophagite qu'elle provoque, aurait fâcheusement influencé la fistule trachéo-œsophagiennne, il était préférable de faire une gastrostomie.

Très intéressante aussi est la deuxième observation concernant un jeune homme de 21 ans, qui prétend avoir avalé un morceau d'os. Déjà, trois jours après l'accident, le malade présentait une périoesphagite à laquelle il a succombé malgré l'œsophagotomie, qui du reste n'a pas permis de trouver le corps étranger. L'autopsie a montré que le morceau d'os était entré dans la glande thyroïde.

L'œsophagotomie a dû être exécutée chez un enfant de 5 ans amené trois heures après avoir avalé un fixe-cravate. Dans ce cas, l'examen aux rayons X montrait le fixe-cravate ouvert tellement

enclavé dans l'œsophage qu'on ne pouvait même pas songer à un autre moyen d'extraction que l'œsophagotomie.

Enfin, dans 2 cas, l'instrument de Weiss a tellement facilité l'extraction d'un dentier chez une jeune femme de 35 ans et de la roue d'un éperon chez un garçon de 2 ans que Haecker recommande à chaque praticien l'achat de cet instrument.

LAUTMANN.

Avantages de la classification décimale en oto-rhino-laryngologie, par V. DELSAUX (*Presse oto-laryngologique belge*, n° 1, 1907).

Il est difficile de trouver une méthode de classification idéale qui satisfasse tous les bibliophiles. C'est le réel mérite du système de classement décimal précisément d'avoir rallié la majorité des suffrages, parce qu'il est, peut-on dire, aussi impersonnel que le système métrique dont il dérive.

Pourtant Gradenigo récemment s'est séparé de ce système et a préconisé une classification nouvelle. Delsaux s'élève contre cette tentative. Il montre les progrès faits par la classification décimale, les adeptes faits par ce système dans les sciences extramédicales. Malgré ses imperfections considérables, Delsaux demande au Pr Gradenigo de ne pas frapper d'ostracisme le système décimal de classification. Le système de Gradenigo ne peut être qu'un système particulier et rien de plus ; il trouvera au moins autant de détracteurs que Dewey lui-même en a rencontré. A. HAUTANT.

Traitemennt des névralgies faciales rebelles par les injections d'alcool, par P. LÉVY et A. BAUDOIN (*Journal des praticiens*, 8 août 1908, n° 32, p. 502).

Lévy et Baudois ont, comme on le sait, introduit en France la méthode Schlösser. Ils l'ont perfectionnée et ont été les premiers aussi à pratiquer les injections profondes à la base du crâne par voie externe. Dans cet article, les auteurs publient leur technique actuelle et leurs points de repère, ainsi que les résultats de leur pratique, basée sur une centaine de cas.

Les injections d'alcool donnent de brillants résultats et se trouvent particulièrement indiquées surtout dans les névralgies faciales, dites essentielles. Les injections profondes au niveau des trous de la base sont les plus efficaces et doivent garder la place prépondérante dans le traitement. Cependant les auteurs les associent généralement aux injections périphériques intracanaliculaires. Mais

celles-ci, employées seules, ne sont recommandables que dans des cas de névralgie faciale extrêmement localisée, et encore sont-elles quelquefois infidèles.

L'expérience a aussi montré à Lévy et à Baudois qu'il y a intérêt à agir sur la plus grande partie des voies et qu'il est toujours bon d'injecter au moins deux branches.

Voici les points de repères pour les injections profondes à la base du crâne.

1^o *Nerf maxillaire inférieur*. — Il faut pénétrer sous l'arcade zygomatique, à 25 millimètres en avant du conduit auditif osseux. Une aiguille, enfoncee perpendiculairement, passe en avant de l'articulation temporo-maxillaire et, à la profondeur de 4 centimètres, va pénétrer le nerf. Les organes dangereux sont ainsi évités.

2^o *Nerf maxillaire supérieur*. — Prolonger verticalement le bord postérieur de l'apophyse orbitaire du malaire jusqu'au bord inférieur du zygoma. En ce point, au ras de l'arcade, enfoncer l'aiguille et la diriger en haut et très légèrement en arrière. À 5 centimètres, on touche le tronc du maxillaire supérieur, sortant du trou grand rond, au plafond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Comme instrumentation, Lévy et Baudois se servent d'aiguilles vissées sur seringues, à biseau court et à calibre presque filiforme, de longueur appropriée au trou que l'on veut atteindre.

Le repérage étant fait, ils enfoncent l'aiguille vissée sur la seringue remplie d'une solution de cocaïne au centième, et ils poussent l'anesthésique au fur et à mesure. Arrivé au point voulu, on dévisse la seringue, en prenant soin de ne pas toucher l'aiguille ; on la charge d'alcool à 70°, 80°, 90°, suivant les cas ; on la revisse et on pousse lentement l'injection.

Pour les injections périphériques, les points de repère pour les nerfs *sus* et *sous-orbitaires* sont connus. Cependant, d'après les recherches des auteurs, le trou sous-orbitaire se trouve un peu en dehors de la verticale menée de l'échancrure sus-orbitaire, 5 centimètres en moyenne. Ce trou fortement oblique en avant, en arrière et en dehors, est séparé du rebord orbital de 0^{em},5 en moyenne. On enfonce l'aiguille immédiatement au-dessus de l'extrémité supérieure du sillon naso-génien ; l'instrument doit être pour ainsi dire courbé sur l'aile du nez, que l'on évitera en réduisant de l'autre côté toute la portion mobile. Quand l'aiguille est bien en place, on ne peut lui imprimer que des mouvements de mobilité latérale extrêmement limités.

Le trou dentaire inférieur, très petit, est aussi difficile à atteindre

parce qu'il est variable. Il est plus élevé chez les édentés. D'une manière générale, il est à l'aplomb de la deuxième prémolaire.

Dès qu'on arrive sur le nerf, le sujet ressent une douleur dans le territoire correspondant. Après l'injection, survient une sensation d'engourdissement, puis de l'anesthésie ; celle-ci varie dans son intensité et dans sa durée.

Lévy et Baudoin arrivent aux conclusions suivantes :

Les injections d'alcool agissent sur la grande majorité des névralgies faciales rebelles, le plus souvent rapidement, en quelques jours ; parfois plus lentement, en quelques semaines.

Le processus qu'elles réalisent est une névrite d'intensité et de durée variable.

Il faut se garder de promettre aux malades une guérison définitive. Car il est des malades qui récidivent quelques mois après le traitement. Ces reviviscences névralgiques sont en général moins douloureuses et cèdent à quelques nouvelles piqûres.

L. BALDENWECK.

Fibro-chondrome de la joue, par G. SGOBBO (*Archivii italiani di laringologia*, janv. 1909, fasc. I, p. 12).

L'opinion primitive que les néoplasies mixtes de la joue avaient leur siège au niveau des petites et des grosses glandes buccales semble avoir cédé la place à celle d'Hartmann, Quénau, Pitance, qui donnent à ces néoplasies une origine branchiale.

La néoplasie dont s'occupe l'auteur n'a de relation ni avec les arcs branchiaux, ni avec les grosses et les petites glandes salivaires, mais se révèle d'origine traumatique par son siège et par ses particularités histologiques.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans éprouvant de la difficulté à mastiquer, par suite d'une néoformation située sur la joue, au niveau de l'union des arcades dentaires ; elle était ainsi facilement comprimée par les dents et, outre la gêne, occasionnait des douleurs.

Au point de vue histologique, elle était constituée par un tissu connectif compact qui se changeait au niveau de la base de la tumeur en tissu cartilagineux.

Son siège, son développement en un point sujet à être facilement comprimé par les dents pendant la mastication, l'absence dans la tumeur de conduits glandulaires doivent exclure soit une origine embryonnaire, soit une origine glandulaire.

Elle résultait des traumatismes continuels produits par les dents sur la joue gauche.

BOULAY.

NOUVELLES

SOCIÉTÉS SAVANTES ET CONGRÈS.

Société française d'oto-rhino-laryngologie.

La réunion de la Société se tiendra, sous le nom de *Congrès Français d'oto-rhino-laryngologie*, du lundi 9 mai, à 9 heures du matin, au jeudi 12 mai 1910, à Paris, Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton, 8. Questions à l'ordre du jour : *Ostéites et périostites isolées du temporal*. Rapporteurs : MM. GAULT et JACQUES. — *Indications et résultats de la broncho-œsophagoscopie*. Rapporteurs : MM. GUISEZ et PHILIP.

Faire parvenir le *titre* des communications avant le 1^{er} avril prochain. Les communications parvenues après le 5 avril ne pourront être annoncées.

ENSEIGNEMENT.

*Administration générale de l'Assistance Publique à Paris.**Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.*

Semestre d'été 1910.

Chirurgie de la tête et du cou :

M. PIERRE SEBILLEAU, agrégé, chirurgien des hôpitaux, directeur de l'Amphithéâtre.

M. ÉTIENNE LOMBARD, oto-rhino-laryngologue des hôpitaux :

Cours et exercices de médecine opératoire, du lundi 2 mai au vendredi 27 mai : les lundis, mercredis, vendredis à 4 heures. Ce cours comprendra dix leçons. Il est gratuit pour les internes des hôpitaux. Le droit d'inscription est de 50 francs pour les étudiants en médecine immatriculés et de 80 francs pour les docteurs en médecine français et étrangers. Le nombre des élèves est limité. Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

NOMINATIONS.

Le Dr V. TEXIER, oto-rhino-laryngologue des hôpitaux de Nantes, est nommé chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'École de plein exercice de médecine de Nantes.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour une place d'oto-rhino-laryngologue des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr FERNAND LEMAÎTRE.

Le Dr H. MARX a reçu, à Heidelberg, l'habilitation pour l'otologie et la laryngologie.

Le Dr L. RUGANI a été nommé docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Turin.

Le Dr G. VITALBA a été nommé docent de laryngologie à l'Université de Naples.

Sont nommés professeurs : le privat-docent ALEXANDER (de Vienne); le privat-docent ALT (de Vienne); le Dr WANNER (de Munich); le Dr BONNINGHAUS (de Breslau); le Dr HEGENER, d'Heidelberg.

Le Dr W. ALBRECHT a reçu à Tubingue l'habilitation d'oto-rhino-laryngologie.

NOUVELLES DIVERSES.

Nous apprenons la mort du Pr ZAUFAL, décédé à l'âge de soixante-treize ans, le 8 février dernier.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Pr Dr GERBER : *Kehlkopfspiegel und Nerven Krankheiten* (Extr. de *Beiträge zur Physiologie und Pathologie*), publié par Otto Weiss Enke, édit., à Stuttgart.

ARONSON : *Ueber Larynxkondylome* (Extr. de *Archiv. f. Laryngol.*, Bd. XXII, Heft 1).

GERBER : *Zur Behandlung der tuberkulosen Epiglottitis* (Extrait de *Zeitschr. f. Laryngol.* 1909), Curt Kabitzsch, édit., à Würzburg. — *Ueber das Sclerom* (Extr. de *Medizin. Klinik*, 1910, n° 7), Urban et Schwartzenberg, édit., à Berlin.

Benzocalyptol (Inhalations et gargarismes). — Affections inflammatoires et infectieuses de la gorge, du nez, du larynx, des bronches. (*Voir aux Annonces.*)

CHLOROFORME DUMOUTHIERS

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : PHARMACIE BORNET, Rue de Bourgogne, PARIS

OUATAPLASME
du Docteur ED. LANGLEBERT

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les Inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLEBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

E
RIS
T.
IC.